

God ernæringspraksis?

*En kvalitativ studie av forhold som hemmer
og fremmer implementeringen av
ernæringscreeningverktøyet NRS 2002 i
sykehus*

Hanne J. Juul



Masteroppgave
ved Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

08.11.10

God ernæringspraksis?

En kvalitativ studie av forhold som hemmer og fremmer implementeringen av ernæringscreeningverktøyet NRS 2002 i sykehus.

Masteroppgave ved Det erfaringsbasert masterstudiet i helseadministrasjon,
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Det medisinske fakultet,
Universitetet i Oslo

Hanne J. Juul

© Forfatter: Hanne J. Juul

År: 2010

Tittel: God ernæringspraksis? En kvalitativ studie av forhold som hemmer og fremmer implementeringen av ernæringscreeningverktøyet NRS 2002 i sykehus.

Forfatter: Hanne J. Juul

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Allkopi Stavanger

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling: Det er gjort mange studier som bekrefter ernærings betydning i pasientbehandlingen. Tall viser at en stor andel av pasientene i sykehus er underernærte, noe som fører til at liggetiden på sykehus forlenges, og at dette er en kostnadsdrivende faktor. I denne studien setter jeg søkelyset på hvorfor innføring av god ernæringspraksis likevel er utfordrende. Målsettingen har vært å fremskaffe kunnskap om hvordan avdelingssykepleiere opplever innføringen av et kartleggingsverktøy for screening av underernæring og hva som virker hemmende og fremmende i denne sammenheng.

Metode: Dette er en kvalitativ studie av intervjudata fra fem avdelingssykepleiere ved to norske sykehus. Det er foretatt en systematisk tekstkondensering hovedsakelig etter Malterud sin beskrivelse av kvalitative metoder i medisinsk forskning.

Resultater: Toppledelsens engasjement og fokus er avgjørende for vellykket implementering av ernæringsstrategi. Ernæringsarbeidet bærer preg av uklar ansvarsfordeling. Det er i stor grad sykepleierne og ikke legene som tar ansvar for ernæringsbehandlingen.

Ledelsesutfordringene synes særlig å være blant nivå 2 ledere, der noen fungerer som en hemmer for videre implementering i organisasjonen. Særlig ser dette ut til å ha betydning for legenes engasjement. Avdelingssykepleierne mener at legene har liten interesse og erfaring med ernæringsfaget og at det er sykepleiernes oppgave å få dem mer interessert. Legenes manglende etterspørsel etter de ernæringsrelaterte dataene som sykepleierne innhenter, demotiverer dem i arbeidet. Sykepleierne gir uttrykk for at verken legene eller pasientene mener at ernæring er viktig i behandlingen, og sykepleierne mener at ernæring er mer pleie enn medisinsk behandling. Avdelingssykepleierne er selv engasjert i ernæringsarbeid og mener at egen motivasjon er viktig, men opplever at det kan være tungt å motivere eget personale. Pasientenes manglende fokus og engasjement i ernæring får konsekvenser for sykepleiernes prioriteringer. Avdelingssykepleierne opplever at ernæringskunnskapene stort sett er tilfredsstillende i egen faggruppe, men at kunnskapsutfordringene er hos legene. De føler også et ansvar for å lære opp legene innen ernæring. Dette får dem til å føle seg mer anerkjent og likestilt med legene. Samarbeid med andre yrkesgrupper og på tvers av avdelingene ønskes, og nettverk etterlyses. Selv om kliniske ernæringsfysiologer er viktige samarbeidspartnere, oppleves de som en gruppe som står på siden av det etablerte behandlingstilbudet. Andre faktorer som personellressurser, utstyr og tid blir mindre vektlagt,

men ekstra personellressurser en kortere periode ville fremmet implementering av ernæringscreeningen. Bedre dokumentasjon av det ernæringsarbeidet som gjøres og tilgang til elektronisk screeningverktøy, virker fremmende for implementeringen. Entusiasme og personlig engasjement vektlegges i utvelgelsen av personell som skal ha ansvaret for ernæringen. Kravet til faglig begrunnelse skiller seg fra andre fag ved at mye av ernæringsarbeidet baseres på personlige holdninger og erfaringer. Ernæringsarbeid kan ”velges bort”, uten at det får konsekvenser.

Konklusjon: Organisasjonen må ta inn over seg at deler av ernæringsarbeidet er medisinsk behandling. Ledelsen må nyttiggjøre seg kunnskapen om hvilke faktorer som fremmer implementering av screeningverktøy og sette det i system. Omstillingsprosesser fordrer velstrukturerte planer, god organisering og langsiktig oppfølging. Denne studien viser at ledelsens fokus og engasjement, både på toppnivå og nivå 2, er grunnleggende for å få implementert screeningverktøy for underernæring på sykehus. Tydelig ansvarsfordeling i ernæringsbehandlingen er en forutsetning for vellykket implementering. Etterspørsel og engasjement i ernæringsarbeidet blant legene virker motiverende på pleiepersonellet. Kunnskap om ernæringsfaget må styrkes og tjenestetilbudet innen klinisk ernæring må økes. Tverrfaglig samarbeid, medvirkning fra pasientene og bedre og enklere dokumentasjon av ernæringsrelaterte data, fremmer ernæringsbehandlingen. Det er et ledelsesansvar, både på foretaksnivå og på avdelingsnivå, å fokusere på ernæring som *fag* og derav ansvarliggjøre hver enkelt medarbeider i forhold til dette. Det er behov for dyktige fagfolk innen medisin, pleie og klinisk ernæring som sammen kan løfte ernæringsfaget dit det hører hjemme – som en integrert del av øvrig medisinsk behandling.

Forord

Jeg vil med dette få takke alle medstudenter ved det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo som bidro til at jeg hadde en flott studietid. Særlig gjorde engasjementet, oppmuntringen, støtten, samholdet og humoren i Snøhvit-gruppen studietiden minneverdig! Ole Berg har med sine forelesninger og dyptgående tilbakemeldinger, gitt meg en innsikt som har fått betydning for mine valg videre i livet.

De ansatte i seksjon for klinisk ernæring, Stavanger Universitetssjukehus, har vært gode samarbeidspartnere i prosjektet i Helse Stavanger. Spesielt vil jeg takke Inger Langholm Markussen og Synnøve Strandenæs som har gitt nyttige tilbakemeldinger underveis i skrivingen av oppgaven. En takknemlig tanke går også til informantene som velvillige stilte opp.

En stor takk til Jan C. Frich for konstruktive og raske tilbakemeldinger og god veiledning i arbeidet med oppgaven.

Og sist, men ikke minst, vil jeg fremheve min kjære familie; Stian, Lina, Håkon og Geir som har støttet og oppmuntret meg og gitt meg tro på at dette skulle jeg klare. Håkon og Geir har tilbrakt hustrige høstkvelder uten mor og kone under studieperioden, og har tålmodig erfart ”underernæring” i praksis mens skrivearbeidet var i sin mest hektiske periode. Geir har med sine kloke og reflekterte innspill vært en verdifull samtalepartner i bearbeidingen av stoffet. Også mine foreldre og søster har vært til god støtte og hjelp.

Tusen takk alle sammen!

Hanne J. Juul

Stavanger, november 2010



... og jeg er over katten

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Bakgrunn og motivasjon | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn | 1 |
| 1.1.1 | Nasjonale retningslinjer, utredning og veileder for ernæring i helsetjenesten | 6 |
| 1.1.2 | Implementering | 8 |
| 1.1.3 | Økonomisk evaluering av implementeringsstrategier | 10 |
| 1.1.4 | Ernæringsstrategien i Helse Bergen | 11 |
| 1.1.5 | Studier gjort på ernæringsstrategien i Helse Bergen | 13 |
| 1.2 | Motivasjon for å gjøre denne studien | 14 |
| 1.2.1 | Prosjektet i Helse Stavanger | 14 |
| 1.2.2 | Hvorfor denne studien? | 15 |
| 2 | Problemstilling | 16 |
| 3 | Utvalg og Metode | 17 |
| 3.1 | Utvalg | 17 |
| 3.2 | Metode | 17 |
| 3.2.1 | Screeningsverktøyet | 17 |
| 3.2.2 | Forskningsmetoden | 18 |
| 3.2.3 | Min egen rolle i studien | 21 |
| 4 | Resultater | 22 |
| 4.1 | Engasjement | 22 |
| 4.1.1 | Ledelsens engasjement | 22 |
| 4.1.2 | Legenes engasjement | 24 |
| 4.1.3 | Sykepleiernes engasjement | 25 |
| 4.2 | Pasientmedvirkning | 27 |
| 4.3 | Kunnskap | 28 |
| 4.4 | Ansvar | 30 |
| 4.4.1 | Ledelsens ansvar | 30 |
| 4.4.2 | Legenes ansvar | 31 |
| 4.4.3 | Sykepleiernes ansvar | 32 |
| 4.4.4 | Klinisk ernæringsfysiologs ansvar | 33 |
| 4.5 | Samarbeid | 35 |
| 4.6 | Andre barrierer | 36 |

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.6.1 | Ressurser | 36 |
| 4.6.2 | Dokumentasjon..... | 39 |
| 4.6.3 | Styring ”top-down” kontra ”bottom-up” | 39 |
| 4.6.4 | Holdninger til ernæring som fag | 40 |
| 4.7 | Fra loggboken til prosjektet i Helse Stavanger..... | 41 |
| 5 | Diskusjon..... | 43 |
| 5.1 | Hovedfunn | 43 |
| 5.2 | Metoden..... | 44 |
| 5.3 | Resultatet | 45 |
| 5.4 | Diskusjon av konsekvenser og implikasjoner | 50 |
| 5.5 | Anbefalinger | 50 |
| 6 | Konklusjon | 51 |
| | Litteraturliste | 52 |
| | Vedlegg: | 55 |
| | Figur 1: Kunnskapsbasert praksis. | 3 |
| | Figur 2: Suksessfull implementering avhenger av mange faktorer på flere nivå..... | 10 |
| | Figur 3: Ernæringsnettverket i Helse Bergen | 12 |

1 Bakgrunn og motivasjon

1.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementets ”Nasjonal helseplan (2007-2010)” slår fast at det er behov for å utvikle systemer som fanger opp personer som står i fare for å utvikle feil- og underernæring (1). Avhengig av hvilke grupper som er undersøkt og hvilke metoder og grenseverdier som brukes for å stille diagnosen, varierer forekomsten av underernæring hos pasienter i sykehus og sykehjem mellom 10 % og 60 % (2). I følge Europarådet (Council of Europe Publishing, 2002) er inntil 30 % av pasientene i sykehus underernærte (3) (4). Særlig risiko for underernæring finner vi blant eldre, demente, enslige, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom (2). Underernærte pasienter er vist å ha lengre sykehusopphold, høyere dødelighet og høyere totale liggekostnader enn velernærte (5) (6). Ernæringsstatus kan også forverres i løpet av institusjonsoppholdet; ca 70 % av pasientene har lavere vekt når de skrives ut fra sykehuset enn ved innkomsten (2).

Sykdomsrelatert underernæring fører til økt risiko for komplikasjoner, redusert motstand mot infeksjoner, forverret fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesenstiden og gir økt sykkelighet og dødelighet (2) (3) (6). Andre konsekvenser for pasienten kan være slapphet, mistriksel, nedstemthet og tap av autonomi (7). Tidlig igangsetting av ernæringstiltak for å forebygge og behandle underernæring, vil gi helsemessig gevinst i form av bedret livskvalitet og overlevelse (6) (7).

Alle individer, friske, syke, unge og gamle har rett til å få et tilpasset kosthold i forhold til alder og (sykdoms-) tilstand (8). Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 og Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene § 3, sier blant annet at institusjonene skal ha prosedyrer og rutiner for å ivareta pasientenes grunnleggende fysiologiske behov, herunder ernæring (2). Tilstrekkelig tilførsel av mat (energi og næringsstoffer) og væske for å dekke de basale behov, må antas å tilhøre menneskets primærbehov. Med grunnleggende behov i denne sammenheng menes også tilgang på et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet når det gjelder mat (2).

Underernæring vil, i tillegg til at det medfører dårligere helse og livskvalitet, også ha store økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten. (2) (4).

I 2003 publiserte Europarådet rapporten: "Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition" (3). Ekspertgruppen har identifisert fem barrierer sykehusledelsen må overvinne for å kunne implementere god ernæringspraksis:

1. Uklare ansvarsforhold i planlegging og administrasjon av ernæringsbehandlingen
2. Utilstrekkelig kunnskap og utdanningsnivå innen ernæring i alle personellgrupper
3. Manglende pasientinnflytelse og manglende kunnskap om ernæring i pasientgruppen
4. Manglende samarbeid mellom personellgruppene
5. Manglende engasjement og involvering fra sykehusledelsen, herunder manglende anerkjennelse av ernærings betydning i pasientbehandlingen

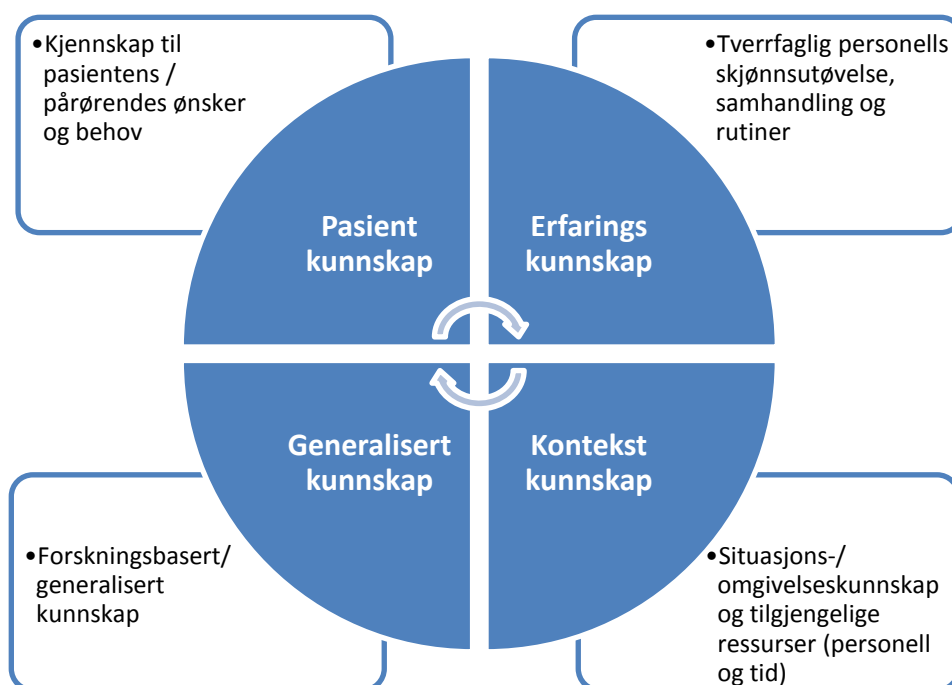
Med utgangspunkt i barrierene har ekspertgruppen gitt anbefalinger som inkluderer utarbeidelse av nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, tydelig ansvarsfordeling, ernæringsundervisning, større pasientinnflytelse, samarbeidsforum for ulike personellgrupper (både internt på sykehusene og mot primærhelsetjenesten) og ledelsesforankring i ernæringsarbeidet. I tillegg til de overordnede anbefalingene gis det råd om å bedre ernæringspraksisen, bl.a. ved å screene pasientene for ernæringsmessige risiko og utvikling av verktøy for dette.

I 2004 ble det gjennomført en spørreundersøkelse der 4512 leger og sykepleiere fra Norge, Sverige og Danmark responderte (9). Helsepersonellet svarte på spørsmål angående kunnskap, holdninger, praksis, rutiner og ansvar for ernæring i sykehus. Ernæringspraksisen i norske sykehus var ikke tilfredsstillende i forhold til Europarådets anbefalinger (3).

Forholdene i Norge var også dårligere enn det man fant i Sverige og Danmark. Helsepersonell i alle landene mente at ernæring bør være en prioritert oppgave for alle som jobber med pasienter og at det bør etableres gode rutiner for ernæringsbehandling. Mangel på retningslinjer og relevante hjelpemidler til å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko, viste seg å være hovedårsaken til at dette ikke prioriteres.

Spørreundersøkelsen ble i utgangspunktet sendt til 6000 leger og 6000 sykepleiere, samt alle kliniske ernæringsfysiologer i de nordiske landene. En analyse av ikke-responentene viste at respondentgruppen var mer interessert i ernæring enn ikke-responentene (9) (10). En videre studie av legenes og sykepleiernes fokus på ernæring, viste at det var en sammenheng mellom dette og tilgangen de hadde på kliniske ernæringsfysiologer i avdelingen (10). I en dansk studie fra 2006 om implementering av ernæringsbehandling, var lav prioritet og manglende engasjement hos alle yrkesgrupper fremdeles en av hovedgrunnene til at det var vanskelig å implementere ernæringscreening (11).

Helsepersonell står daglig overfor situasjoner der det må tas faglig forsvarlige beslutninger. For å kunne gjøre dette, må faglige retningslinjer og det som til enhver tid er anerkjent praksis følges (forsvarlighetskravet). Innhenting av kunnskap fra ulike kilder omfatter pasientkunnskap, erfaringskunnskap, situasjonskunnskap og generalisert/ forskningsbasert kunnskap (12). Det å vurdere og å anvende de ulike kunnskapsformene i praksis kalles kunnskapsbasert praksis. Se figur 1 (12) (*figuren er gjengitt med tillatelse av Liv Helene Jensen, Høgskolen i Buskerud*).



Figur 1: Kunnskapsbasert praksis.

Helsepersonells kompetanse, ferdighet og erfaring kan ha stor betydning for utfallet av den behandlingen som gis. Helsepersonells kunnskaper om ernæring, og om hvordan spesielle ernæringsmessige behov skal og kan imøtekommes, vil derfor være viktig for å få et vellykket resultat av helsehjelpen (12).

En nylig publisert studie i tidsskriftet til The British Dietetic Association (13) viste at et utdanningsprogram, der kliniske ernæringsfysiologer i kommunehelsetjenesten underviste om vurdering av ernæringsmessig risiko, økte kunnskapen hos annet helsepersonell (sykepleiere og leger) og bedret behandlingen av underernærte pasienter.

Pasientrettighetsloven gir pasienter rett til medvirkning, informasjon og samtykke. Aktiv samhandling med pasienten og de pårørende er en viktig del av omsorgsfull helsehjelp. Pasientens deltagelse i kartleggingen av egen ernæringsstatus vil gi innsikt i egen situasjon og mulighet for involvering i de tiltakene man kommer frem til i fellesskap (12). Fra pasientenes perspektiv er det også nødvendig at udekkede behov for ernæringsfaglige tjenester identifiseres og målgruppene må gjøres kjent med tilbudet. Manglende informasjon om tilbudet, kulturelle barrierer, språkbarrierer med mer, kan være årsaker til at behov ikke alltid reflekteres som etterspørsel (7).

Det å utøve ledelse er en del av arbeidsgivers styringsrett. Ledelse og fordeling av myndighet mellom helsepersonell har vært et omdiskutert tema. Det er profesjonsuavhengig hvem som kan være leder i sykehus (14), men historisk har mye av virksomheten vært styrt av leger (medikratiet). Helsepersonelloven har overtatt for profesjonslovene og gir ikke bestemte grupper helsepersonell monopol på bestemte typer behandlingsvirksomhet eller arbeid (bortsett fra enkelte unntak som for eksempel retten til å rekvirere og dosere legemidler). Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven stiller krav om at helsepersonell innretter seg etter sine faglige kvalifikasjoner og at de skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonell skal søke samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, fremfor å ta en risiko (14). I helsepersonelloven § 5 står det at helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut i fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølgingen som gis. Når oppgaver delegeres, blir de utført på vegne av den som har delegert dem, og skal følges opp av denne. Den som delegerer, må selv ha kvalifikasjoner for å utføre oppgaven. Oppgaver kan ikke delegeres videre av den som selv har blitt overlatt oppgaven. Delegering skal vanligvis være personlig, men i sykehus kan det også lages rutiner for hvordan delegering skal skje og hvilke

oppgaver som skal utføres av hvem. Uansett gjelder prinsippet om at ansvar (det vil her si utøvende myndighet) ikke kan fordeles på en måte som gjør at helsehjelpen som blir gitt er uforsvarlig (14). Beslutningsmyndighet og oppgaveløsninger kan altså overlates til andre, men den som delegerer kan ikke overlate eller fratas ansvaret for dette.

Virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Også virksomheten har plikt til å yte forsvarlige tjenester. (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2). Det forutsettes at faglige retningslinjer og ansvarsforhold dokumenteres i sykehusets internkontrollsystemer.

Undersøkelser tyder på at det er usikkerhet om hvem som har ansvaret for ernæringsbehandling ved norske sykehus. Et pulverisert ansvar vil ofte bety at iverksetting av tiltak ikke blir fulgt opp, noe som igjen rammer pasienten (15). I ”Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner”, utgitt av Statens ernæringsråd i 1995, er viktigheten av samarbeid innen ernæringsbehandling understreket og følgende ansvarsfordeling anbefales:

”Ledelsen har et overordnet ansvar for å legge forholdene til rette slik at pasientene kan sikres et forsvarlig kosthold. Ledelsen har som del av det medisinske ansvar, ansvar for at institusjonen har retningslinjer for kosthold og for ernæringsbehandling for institusjonens ulike pasient- og beboergrupper. Videre har ledelsen ansvar for at pasienter og pleietrengende gjøres kjent med disse retningslinjene, for å gi tilfredsstillende opplæring av personale og for å bevilge tilstrekkelige ressurser slik at retningslinjene kan følges. Ledelsen skal også sørge for at det finnes spiserom og at serveringssystemene er fleksible og kan tilpasses pasientens behov.

Legen har ansvar for all medisinsk behandling som iverksettes, for å forskrive hensiktsmessig behandling, inklusive ernæringsbehandling, for å vurdere og følge opp pasientens/ beboerens ernærings- og allmenntilstand og for å ordinere tiltak dersom tilstanden ikke er god nok. Legen har også ansvaret for at det finnes rutiner for registrering av ernæringsstatus og inntak av mat og drikke.

Avdelingssykepleier har i praksis ansvar for at pasientene/ beboerne får et forsvarlig kosthold tilpasset deres tilstand og behov og for å registrere, vurdere og rapportere pasientens matinntak og ernæringsstatus. Dersom ansvaret delegeres til for eksempel sykepleier eller hjelpepleier, må det klart bestemmes hvem som tar over ansvaret og for hva.

Kjøkkensjefen har ansvaret for at kjøkkenet leverer tilstrekkelige mengder av velsmakende mat som oppfyller kravene til en ernæringsmessig forsvarlig kost. Kjøkkensjefen har ansvar for aktivt å medvirke til utforming av retningslinjer for institusjonens kosthold, for å være konsulent i spørsmål angående ernæring og kosthold og for å delta i personalundervisning.

Klinisk ernæringsfysiolog har ansvar for aktivt å medvirke ved utforming og oppfølging av retningslinjer for institusjonens kosthold. Den kliniske ernæringsfysiologen bør også vurdere pasienters/ beboers ernæringsstatus i samarbeid med lege og foreslå kostbehandling.

Klinisk ernæringsfysiolog skal gi individuelt tilpassede kostråd til spesielle grupper av både pasienter/ beboere og pårørende og aktivt medvirke til personalundervisning i kostrelaterte emner.

Pasienter/ beboere har, så sant de er i stand til det, et ansvar for å medvirke til best mulig resultat av den behandling og pleie som gis” (15).

1.1.1 Nasjonale retningslinjer, utredning og veileder for ernæring i helsetjenesten

Statens ernæringsråds ”Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner” fra 1995, er nå under revidering og ventes å komme ut som en veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten i løpet av 2011. I utkastet til denne håndboken (12) er ansvarsfordeling og tverrfaglig samarbeid innen ernæring nærmere beskrevet. Det blir her presisert at helseforetakene skal sikre at god ernæringspraksis er en integrert del av kvalitetssystemet og kvalitetsarbeidet i virksomheten. I håndboken er ledelsens ansvar for at det skal finnes tydelig ansvarsfordeling, skriftlige prosedyrer og internkontroll som sikrer kvalitet presisert. Videre blir systemansvaret som innebærer kompetanseutvikling, dokumentasjon og informasjon om ernæringsbehandling beskrevet. I utkastet til veilederen blir også behovet for å etablere tverrfaglige team for drøfting av behandling og oppfølging av ernærings situasjonen til enkeltpasienter omhandlet. Ansvarsområdet for hver faggruppe blir her beskrevet sett i lys av dagens organisering av helseforetakene. Ansvarsområdene til nye faggrupper innen ernæringsarbeidet, som helsefagarbeidere/ omsorgsarbeidere, logoped, fysio- og ergoterapeut og postvert, er tatt med.

Sosial- og helsedirektoratet utga rapporten ”Ernæring i helsetjenesten” i 2007 (16).

Utredningen viste at tjenestetilbudet innen klinisk ernæring er mangelfullt. Det blir videre

slått fast at de regionale helseforetakene må styrke tjenestetilbudet innen klinisk ernæring i spesialisthelsetjenesten og at en viktig del av dette er å øke antall stillinger for kliniske ernæringsfysiologer.

I 2009 ga Helsedirektoratet ut ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” (2). Disse må sees i sammenheng med blant annet departementenes ”Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen” (17). Behovet for å finne bedre metoder for å sikre implementering av god ernæringspraksis beskrives også internasjonalt (18).

I retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring refereres det til Europarådets rapport (3) der det hevdes at ernæringsbehandlingen er ”tilfeldig, ustrukturert og mangelfull”. Videre heter det at ”ledelsesforankring og tydelig ansvarsfordeling er vist å være en viktig forutsetning for at ernæringsbehandlingen skal bli en integrert del av behandlingstilbudet” (2). Det forutsettes derfor at helseforetakene sikrer at ernæringsbehandling blir integrert i det øvrige behandlingstilbudet. I sine presentasjoner av underernæringsproblematikk i sykehus tar helsedirektoratet utgangspunktet i Europarådets ”barrierer” og oppsummerer det i de fem punktene: *Engasjement, Pasientmedvirkning, Kunnskap, Ansvar og Samarbeid*.

Sykehusenes eiere og ledelse bør tilrettelegge driften slik at retningslinjene kan følges. Nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende for mottakerne, men skal være styrende for de valg som tas. Ved å følge oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer, bidrar helsepersonell til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket (2). Helsedirektoratet anbefaler at alle pasienter i spesialisthelsetjenesten *skal* vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter et annet faglig begrunnet opplegg og videre at ”dokumentasjon om ernæringsstatus og -behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når pasienten/ bruker overføres til annet omsorgsledd” og ”dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud”. Dette innebærer en forankring i regelverket (forsvarlighetskravet). Dersom fagpersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene, bør en dokumentere dette. I neste omgang vil man kunne bli bedt om å begrunne sitt valg. Derfor skal det gode grunner til for å fravike retningslinjene.

Helsedirektoratet har imidlertid verken satt av midler til implementering av retningslinjene eller gitt anbefalinger for *hvordan* implementeringen best kan gjøres.

1.1.2 Implementering

Implementering kan beskrives som en planlagt prosess og systematisk iverksetting av endring eller fornyelse av anerkjente arbeidsmåter, der målet er at dette skal bli en del av daglig praksis. For å få til en slik integrering, er det viktig å fokusere på prosessen, innholdet og den konteksten endringen skal foregå i. Dette krever gode kommunikasjonsstrategier og tilnærmingmetoder (19). Uten faglig kompetente og engasjerte medarbeidere som har tilstrekkelig tilgang på ressurser samt støtte fra ledelsen, vil ikke måloppnåelse være mulig (20).

I tillegg til velstrukturerte planer og god organisering, er oppfølgingsdelen av en implementeringsprosess vesentlig. En god ledelsesprosess og fokus på gevinster er et viktig fundament i dette. Implementering er et linjeansvar og må i størst mulig grad gjøres som en del av normal linjeledelse der rapportering skal skje i henhold til dette (21). Når organisasjonene blir uformelle og man går på tvers av linjene, blir det uklare ansvarsforhold (22).

Professor Richard Grol ved senter for kvalitetsforskning i helsesektoren ved Universitetet i Nijmegen i Nederland sier at mange pasienter ikke får optimal behandling på tross av nye vitenskaplige funn, retningslinjer og kunnskap om beste praksis (19). Hvordan implementeringen av dette best gjøres, avhenger av menneskelige og organisatoriske forhold.

Espen A. Enoksen ved regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), beskriver endring ut fra ulike organisasjonsperspektiv slik (personlig meddelelse): "I den tradisjonelle litteraturen om implementering er det fokus på hvordan en liten gruppe sentrale beslutningstakere kan sikre at vedtakene også blir satt ut i livet. Endringen blir en grunnleggende rasjonell prosess: 1) Analyse av situasjonen, 2) Hva ønsker man å oppnå med endringen, 3) Identifisering av ulike mulige tiltak for å nå målet, 4) Vurdering av hva som er beste løsning, 5) Valg av den beste eller en tilfredsstillende løsning, 6) Iverksetting av løsningene. En slik måte å tenke på er knyttet til *det rasjonelle organisasjonsperspektivet*. To alternative perspektiver er: *det naturlige organisasjonsperspektivet* og det å se organisasjonsutvikling en som en *anarkisk prosess*.

I det naturlige organisasjonsperspektivet utvikler organisasjoner seg som organismer; de blir ikke konstruert, men vokser og gror. Organisasjonsformer utkrystalliserer seg gjennom kontinuerlig tilpasning til indre og ytre behov. Det er bare gjennom bevisste beslutninger at

formelle organisasjonsstrukturer kan etableres og endres, men slike beslutninger, inkludert implementeringsprosesser, er bare uttrykk for en stegvis tilpasning av det formelle til den utvikling som har foregått uformelt.

Når det gjelder organisasjonsutvikling som anarkisk prosess kan dette perspektivet knyttes til "søppelspann-modellen". Enhver beslutningssituasjon kan oppfattes som en mulig "dumpeplass" for deltagere, problemer og løsninger. Det antas at en vanligvis undervurderer den rollen flytende deltagelse, tvetydige mål og dårlig forstått mål-middel-sammenhenger spiller i organisasjoner flest, inkludert implementeringsprosesser". I Morten Egeberg sin bok om organisasjonsutforming utdypes dette nærmere (23).

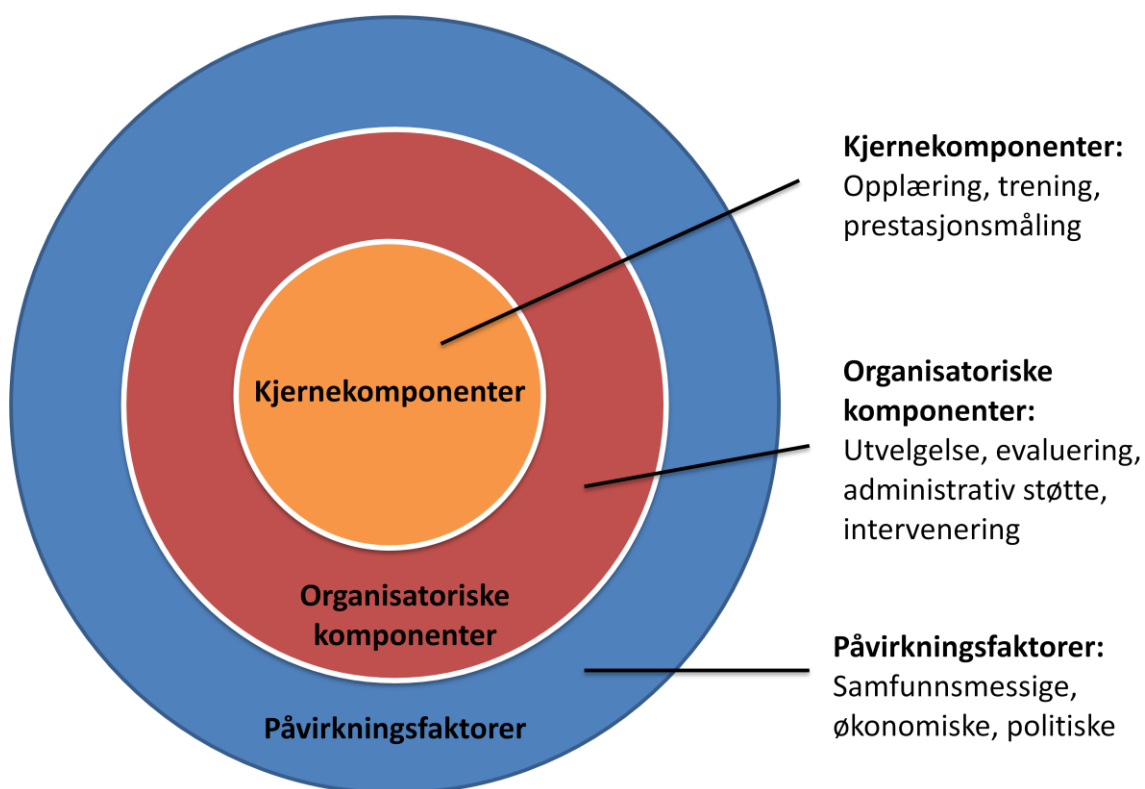
Gudmund Nordby beskriver endringsledelse slik: "Et sterkt, synlig og samstemt lederskap fra start til slutt i en implementeringsprosess vil være et tegn på god endringsledelse. Det opereres ofte med fem hovedelementer som karakteriserer dette:

- Organisasjonen må skjønne hvorfor endring må skje
- Det bør være et ønske hos den enkelte om endring og om å støtte endringsprosessene
- Det må være kunnskap hos den enkelte om hvordan endringen skal skje
- Den enkelte må ha evne til å skaffe seg nye ferdigheter og etablere ny adferd
- Det må være støtte fra ledelsen i form av ressurstilførsel for å opprettholde endringstakten" (24).

Helsevesenet er hierarkisk oppbygd og har vært preget av *fagstyretradisjonen* og regnes som typiske *ekspertorganisasjoner*. Slike organisasjoner kjennetegnes ofte ved at yrkesutøverne har stor grad av autonomi. Det er flere subkulturer innenfor sykehusene, der legeprofesjonens kultur og sykepleiernes kultur er de mest sentrale. De kan være noe ulike i forhold til hva som verdsettes. De kan utfylle hverandre, men også være motsetningsfylte og de innehar også ulik kompetanse. Kulturer i sykehus vil ikke endres radikalt, men vil skje gradvis over tid (25). Det er naturlig å tenke seg at dette vil få betydning for implementeringsprosesser i sykehus.

Forslag som krever endring av menneskelig atferd, vil aldri utelukkende kunne utarbeides på skrivebordet (26). Kunnskap om hvorfor vi handler slik vi gjør og hvordan vi kan endre adferd og dermed klinisk praksis, er nyttig i denne sammenhengen (27). Forskning har blant

annet vist at informasjonsformidling og opplæring alene, sjelden er nok for å oppnå vellykket implementering. Det er godt dokumentert at vi systematisk overvurderer ytre motivasjon (for eksempel lønn) og undervurderer betydningen av indre motivasjon (tilfredshet, interesse, glede eller mening) knyttet til de oppgavene vi utfører (24). Man kan heller ikke motivere andre til ting man selv ikke ser eller bryr seg om (22). Suksessfull implementering avhenger av mange faktorer på flere nivå (se figur 2). (Figuren er modifisert og oversatt fra "Implementation Research: A Synthesis of the Literature") (20).



Figur 2: Suksessfull implementering avhenger av mange faktorer på flere nivå

1.1.3 Økonomisk evaluering av implementeringsstrategier

I vurderingen om det skal implementeres nye strategier, kan det være nyttig å gjøre en økonomisk evaluering av tiltaket (19). I kurset i kostnad – nytte analyse ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, gjorde jeg en beregning på mulige kostnadsbesparelse ved forebygging og behandling av underernæring ved norske sykehus.

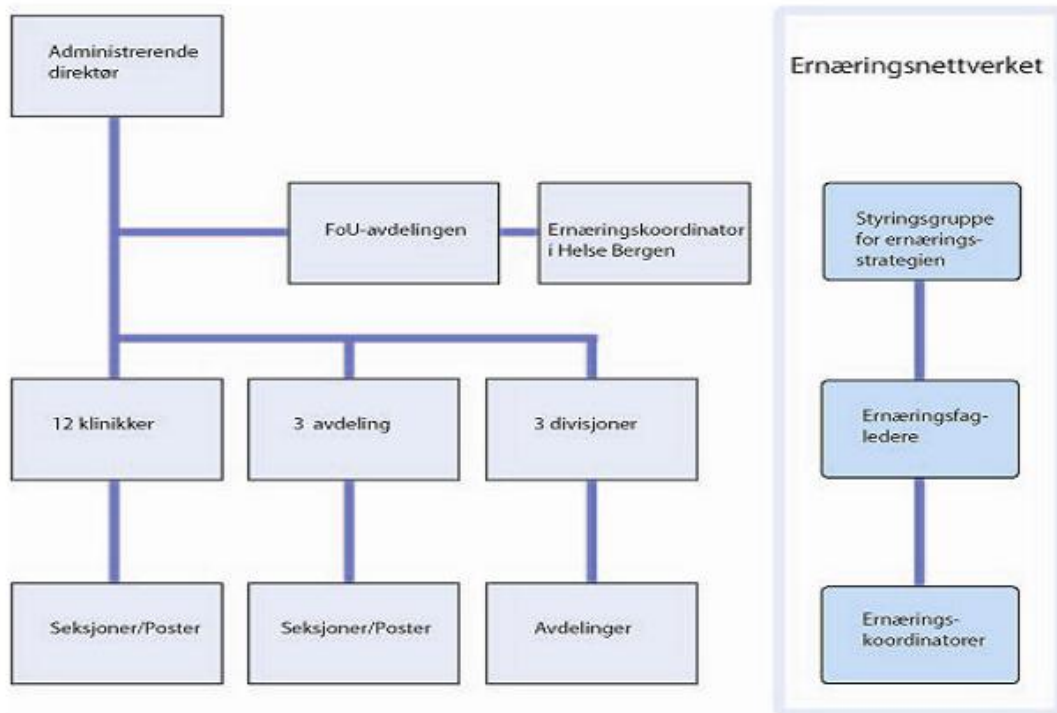
Min beregning viser at den mulige besparelsen er rundt 800 millioner kr per år. De totale kostnadene til spesialisthelsetjenesten er nærmere 100 milliarder kr (93,8 milliarder kr i 2008). Av de samlede driftskostnadene ble 67,8 milliarder kroner brukt på somatiske spesialisthelsetjenester. En slik besparelse vil derfor utgjøre i størrelsesorden 1 % av kostnadene. Hvilket annet enkelttiltak i sykehus kan vise samme effekt? (4)

1.1.4 Ernæringsstrategien i Helse Bergen

Foretaksledelsen i Helse Bergen gjorde i 2005 et vedtak om at Helse Bergen skulle innføre ernæringsstrategien ”God ernæringspraksis”, etter at brukerutvalget hadde tatt opp manglende forhold når det gjaldt matservering og ernæringsbehandling (28).

Ernæringsstrategien i Helse Bergen har en tydelig forankring i toppledelsen (”top-down”). Det overordnede organet med ansvar for oppfølgingen av ernæringsstrategien (styringsgruppen) består av ledere fra ulike kliniske avdelinger, fagpersoner, ernæringskoordinator og representant for brukerutvalget. FOU-avdelingen har det overordnede ansvaret for oppfølging av ernæringsstrategien og har ansatt en egen ernæringskoordinator med ansvar for gjennomføringen (28).

I strategien inngår at det ble etablert et ernæringsnettverk. Figur 3 (*gjengitt med tillatelse av Kari Sygnestveit, Helse Bergen*) viser strukturen i ernæringsnettverket i Helse Bergen. Dette består av ernæringsfagledere og ernæringskoordinatorer på avdelingene/ postene. Disse har en spesiell oppgave med å følge opp innføringen av ernæringsrutinene (28).



Figur 3: Ernæringsnettverket i Helse Bergen

Fokus- og tiltaksområdene i ernæringsstrategien har vært:

1. Forbedre mattilbudet
2. Øke kunnskapsnivået
3. Forbedre ernæringsbehandlingen

Det ble derfor satt i gang undervisningsopplegg, systematisk ernæringscreening for alle voksne pasienter som blir innlagt på somatiske avdelinger i Helse Bergen og matserveringen ble videreutviklet.

I ernæringsstrategien inngår det at vurdering av ernæringsstatus skal være en del av det kliniske undersøkelses- og behandlingstilbudet til pasientene. Det er innført rutiner for

oppfølging av ernæringsstatus og det er utarbeidet retningslinjer for ernæringsbehandling som har til formål å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring (29).

De siste årene har det også vært fokus på dokumentasjon av ernæringsbehandling og koding (den internasjonale klassifiseringen for diagnoser i spesialisthelsetjenesten ICD-10) for underernæring. I 2005 ble kun 0,25 % av pasientene i Helse Bergen diagnostisert for underernæring. Ut i fra foreliggende dokumentasjon skulle rundt 30 % av pasientene hatt denne diagnosen og blitt kodet for dette. Etter den store satsingen Helse Bergen har gjort for å innføre ernæringsstrategien, er prosentandelen for antall som blir kodet nå kommet opp i ca 2,2 (tall fra 2009). Selv om dette er nesten en tidobling, noe som i seg selv er et imponerende resultat, er det likevel langt fra det antallet en skulle forvente. Hvorfor er det slik?

1.1.5 Studier gjort på ernæringsstrategien i Helse Bergen

Etter at ernæringsstrategien ble innført i Helse Bergen er det bl.a. blitt gjennomført flere prosjekter og skrevet masteroppgaver som omhandler ernæringsstrategien:

Den ene studien (30) konkluderer med at sterkt engasjement fra ledelsen ikke er nok for å få til en suksessfull implementering, men at den beste måten å lykkes på er å ha ledere som er sterke og dedikerte til ernæringsstrategien på hver avdeling. Samarbeid i alle ledd og grundig planlegging blir også fremhevet som viktige faktorer. Et av tiltakene som blir nevnt i oppgaven, og som ville virket fremmende på implementeringen, er å ha en elektronisk versjon av screeningverktøyet.

Den andre studien (31) konkluderer bl.a. med at det har vært, og er fortsatt, en betydelig motstand på mange sykehus mot rutinemessig ernæringscreening av alle pasienter. Den viktigste grunnen kan være at helsearbeiderne mener at dette er nok en prosedyre de må utføre i et allerede travelt program.

1.2 Motivasjon for å gjøre denne studien

1.2.1 Prosjektet i Helse Stavanger

Det finnes i dag ikke overordnede rutiner som sikrer at ernæring er en kontinuerlig og integrert del av behandlingstilbudet ved Stavanger Universitetssjukehus. Med bakgrunn i dette ønsket seksjon for klinisk ernæring ved Stavanger Universitetssjukehus å prøve ut ernæringsscreeningsverktøyet NRS 2002 (32) på én sengepost og én poliklinikk i Helse Stavanger. Man ønsket å prøve ut verktøyet, i liten skala i første omgang, for å kartlegge behovet for ressurser (bl.a. personell, opplæring og utstyr) og for å finne hensiktsmessige arbeidsmåter å gjennomføre dette på. Hensikten med prosjektet var også å teste ut screeningsverktøyet NRS 2002 for vurdering av ernæringsmessig risiko med sikte på implementering av dette i sykehusets rutiner.

For å kunne gjennomføre prosjektet, søkte seksjon for klinisk ernæring Helse Vest om økonomiske midler til lokalt kvalitetsutviklingsprosjekt og fikk innvilget dette. Det ble opprettet en prosjektledergruppe bestående av ansatte i seksjon for klinisk ernæring ved Stavanger Universitetssjukehus. På de to avdelingene som deltok i prosjektet (én sengepost og én poliklinikk) ble det utpekt frivillige prosjektansvarlige sykepleiere som hadde ansvaret for at screeningen ble gjennomført på sin avdeling. Disse fungerte også som pådrivere, ”opp-passere” og motivator på egen avdeling.

Før oppstart av prosjektet hospiterte prosjektleder og representanter for de to prosjektavdelingene (sykepleiere) samt seksjon for klinisk ernæring (kliniske ernæringsfysiologer) på Haukeland sykehus, Helse Bergen, for å få informasjon og inspirasjon til å starte opp prosjektet i Helse Stavanger.

Prosjektperioden i Helse Stavanger varte i to uker i mai/ juni 2010. Det ble i forkant av prosjektet avholdt flere informasjonsmøter/ undervisninger for sykepleiere/ hjelpepleiere og for legegruppen. Underveis i prosjektet ble det avholdt flere prosjektledermøter og evalueringsmøter der fremdriften i prosjektet ble diskutert med de prosjektansvarlige sykepleierne på avdelingene.

Et av formålene med prosjektet var også å undersøke muligheten for å implementere screeningverktøyet i det elektroniske pasientjournalsystemet DIPS i Helse Stavanger.

Prosjektledergruppen tok derfor kontakt med Helsedirektoratet, Helse Vest IKT, DIPS-konsulenter og IT-avdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus. Ingen av disse instansene kunne gi oss svar på om screeningsverktøyet kunne implementeres eller når det eventuelt kunne skje. Prosjektledergruppen har også vært i møte med Fagavdelingen i Helse Vest der denne saken ble diskutert.

Målet var at alle pasientene som var på de to avdelingene i prosjektperioden skulle screenes for ernæringsmessig risiko. Det ble ikke stilt krav i prosjektet om at dette skulle følges opp med ernæringsmessige tiltak, men det ble presisert at dette er målet med å screene.

Prosjektet i Helse Stavanger ble styrt nedenifra ("bottom-up"). Min rolle i prosjektet har vært som prosjektleder og utformer av prosjektbeskrivelse sammen med kollegaer i seksjon for klinisk ernæring. Jeg er utdannet klinisk ernæringsfysiolog og har vært leder for seksjon for klinisk ernæring ved Stavanger Universitetssjukehus i mange år.

1.2.2 Hvorfor denne studien?

Selv om det er nyttig å ta utgangspunkt i de barrierene andre har funnet for implementering av ernæringsstrategi, er det nødvendig å sjekke ut om disse også har gyldighet lokalt. Det er også betydningsfullt å få eget eierskap til selve implementeringsprosessen og å foreta lokale tilpasninger. Viktigheten av dette er også beskrevet i en dansk studie (11). I tillegg ønsker jeg å undersøke om det fremkommer andre barrierer for implementering av ernæringsstrategi i mitt materiale enn dem som allerede er beskrevet. I forbindelse med at jeg tar det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, ønsker jeg å se på innføringen av screeningverktøyet for underernæring også i et ledelsesperspektiv.

2 Problemstilling

Målsettingen med denne undersøkelsen er å fremskaffe kunnskap om hvordan avdelingssykepleiere opplever innføringen av et kartleggingsverktøy for screening av underernæring, med henblikk på hva som virker hemmende og fremmende på implementeringen.

.

3 Utvalg og Metode

3.1 Utvalg

Jeg har valgt et strategisk utvalg av informanter, tre avdelingssykepleier i Helse Bergen og to i Helse Stavanger. Utvalget bestod av fire kvinner og én mann. Gjennomsnittsalder for informantene er 45 år.

Jeg mener at dette utvalget er godt egnet til å belyse min problemstilling siden dette er personer som selv har deltatt direkte i implementeringen av screeningverktøyet. Jeg mener også at utvalget er stort nok til at det kan gi intern validitet (gyldighet) og også til en viss grad ekstern validitet (overførbarhet) (33). Grunnen til at jeg har valgt avdelingssykepleiere både i Helse Bergen og Helse Stavanger, er at det bare var to avdelinger som deltok i prosjektet i Stavanger og utvalget ville derfor blitt for lite hvis jeg kun skulle brukt disse som informanter. Jeg hadde også et ønske om å få belyst ulike erfaringer fra de to sykehusene.

De to avdelingssykepleierne som ble intervjuet i Helse Stavanger ble naturlig valgt ut i fra at det var deres avdelinger som hadde sagt seg villige til delta i prosjektet.

Avdelingssykepleierne i Helse Bergen som ble spurt om å være informanter, ble foreslått av ernæringskoordinator ved foretaket der.

3.2 Metode

3.2.1 Screeningsverktøyet

En hensikt med prosjektet var å bruke screeningsverktøyet NRS 2002 (Nutrition Risk Screening 2002) (vedlegg 1) for vurdering av ernæringsmessig risiko med sikte på implementering av dette i Helse Stavangers rutiner. I følge Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2) anbefales verktøyene NRS 2002, MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) eller MNA (Mini Nutritional Assessment) for å vurdere ernæringsmessig risiko i spesialisthelsetjenesten. NRS 2002 er anbefalt til bruk i sykehus fordi det kartlegger både ernæringsmessig risiko og grad av sykdomsmetabolisme.

Verktøyet består av en primærvurdering (innledende screening), som skiller ut pasienter som trenger videre utredning, og en hovedscreeningsdel der det gjøres en vurdering av risikograd. Verktøyet er validert (34) og anbefalt av The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (35). Vi har også valgt dette verktøyet fordi det er dette som blir brukt i Helse Bergen.

Siden verktøyet ikke forelå i elektronisk form i Helse Stavanger, ble det brukt en ”Ernæringsjournal” i papirformat som sykepleierne fylte ut. Denne ble utarbeidet med tanke på prosjektet i Stavanger, men bygger i all hovedsak på ”God ernæringspraksis – journalark” utarbeidet i Helse Bergen (2) og revidert i Helse Fonna. Siden det deltok både en sengepost og en poliklinikk i prosjektet i Helse Stavanger, ble det laget to utgaver av journalarket tilpasset de ulike avdelingene (vedlegg 2 for avdeling og vedlegg 3 for poliklinikk). I etterkant av prosjektperioden i Stavanger er ernæringsjournalen modifisert og oppdatert ytterligere.

3.2.2 Forskningsmetoden

Jeg har valgt kvalitativ forskningsmetode fordi jeg i denne oppgaven ønsker å fremskaffe kunnskap om hvordan selve implementeringsprosessen foregikk, hvordan avdelingssykepleierne opplevde dette og hva deres erfaringer betyr for videre satsing på ernæringsstrategi.

Det var ikke et mål å fremskaffe data om for eksempel hvor mange som ble screenet, andelen som var underernært og lignende. De resultatene som blir gjengitt om dette fra loggboken er derfor ikke å betrakte som en del av forskningsmaterialet, kun som tilleggsopplysninger. Beregningene er gjort av de to prosjektsykepleierne på de deltagende avdelingene i Helse Stavanger. Jeg har ikke kvalitetssikret disse dataene. De er gjengitt med tillatelse fra prosjektsykepleierne.

Jeg har valgt å bruke semistrukturerte intervjuer med digitalt opptak samtidig som jeg tok notater under intervjuene. Intervjuene varte i 40 – 60 minutter. Intervjuene ble foretatt på informantens arbeidssted. Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4) som jeg brukte aktivt under alle intervjuene. Intervjuguidens hovedtemaer var: Informantens

bakgrunn, rutiner for implementeringen, ansvarsfordeling, redskaper i ernæringsarbeidet, ressurser, nettverk/ relasjoner og samhandling. I tillegg hadde jeg Europarådets “barrierer” liggende foran meg slik at jeg hele tiden kunne relatere spørsmålsstillingen til disse.

I transkriberingen av intervjuene skrev jeg innledningsvis på informantens dialekt, men fant det mer hensiktsmessig å skrive alle intervjuene på normalisert bokmål selv om målformen til flere av informantene lå nærmere nynorsk. De første transkripsjonene hadde høyt presisjonsnivå, men jeg valgte etter hvert et lavere presisjonsnivå og skrev derfor om de første intervjuene. Jeg utelot ”fyllord” og ”nøleord” og parafraserte noe av det som kom til uttrykk. Sitatene i resultatdelen er ment som illustrasjoner på dette. Jeg gjorde dette med støtte i litteraturen siden ordrett skriftliggjøring av muntlig tale paradoksalt nok kan gi et annet og mindre autentisk bilde av samtalen enn det som var meningen med utsagnene (33). Intervjuene ble gjennomgått flere ganger, både på ”langs” og på ”tvers” før analysen ble gjort.

I bearbeidingen og analysen av dataene har jeg brukt både teoristyrte analysemetode (deduktiv tilnærming) der jeg tok utgangspunkt i forhåndsbestemte kategorier (Europarådets “barrierer”) og en induktiv tilnærming der jeg har tatt utgangspunkt i de empiriske dataene og søkt å finne nye begreper og kjennetegn. Jeg har foretatt en systematisk tekstkondensering der jeg forsøkte å kartlegge meningsinnholdet i datamaterialet og sammenfatte dette. Metoden jeg har valgt er hovedsaklig en deskriptiv tverrgående analyse der jeg forsøker å sammenfatte informasjon fra forskjellige informanter.

I analysearbeidet av dataene har jeg brukt Weft QDA, som er et dataprogram med grunnleggende funksjoner for organisering (koding og sortering av tekst) av kvalitative data.

I utgangspunktet valgte jeg å kategorisere materialet mitt ut i fra Helsedirektoratets fem punkter som bygger på Europarådets “barrierer”: *Engasjement, Pasientmedvirkning, Kunnskap, Ansvar og Samarbeid*. Som underkategorier så jeg på de ulike yrkesgruppenes betydning når det gjaldt engasjement og ansvar. I intervjuene hadde jeg også stilt spørsmål om betydningen av *Ressurser* når det gjaldt personell, utstyr og opplæring. Informantene vektla også *Tid* som en ressursfaktor og jeg la derfor denne til som en underkategori. I tillegg hadde flere informanter fokus på *Dokumentasjon* av ernæringsbehandlingen og jeg har derfor dette som en egen kategori. Jeg hadde også spørsmål om hvordan styringen av implementeringen hadde foregått (“top-down” kontra “bottom-up”) og har *Styring* som egen kategori.

Ved gjennomgang av materialet kom det frem en faktor som jeg mener vil ha betydning for helsearbeideres ernæringsarbeid og som jeg ikke har sett har vært beskrevet tidligere; nemlig deres egen holdning og interesse for ernæring. Jeg la derfor til kategorien *Holdninger til ernæring som fag* som beskrives i et eget avsnitt.

I den videre analyseprosessen har jeg tolket, sammenfattet og abstrahert kunnskapen i hver kodegruppe. Ut i fra dette har jeg forsøkt å formidle en kvalifisert gjenfortelling av informantenes stemmer og dokumentert funnene ved å vise tilbake til materialet. Deretter har jeg validert funnene i forhold til den sammenhengen de var hentet ut i fra. Jeg har gjort en systematisk leting etter data som motsier de konklusjonene jeg har kommet frem til for å validere resultatene. Jeg har forsøkt å innta metaposisjon for kritisk refleksjon av betydningen og rekkevidden av funnene mine, med god hjelp fra veileder og kollegaer/ samtalepartnere. Dette har jeg gjort for å åpne opp for muligheten for å se flere perspektiver enn de som på forhånd var åpenbare og for på den måten å sikre studiens relevans. Til slutt har jeg vurdert mine funn opp mot foreliggende empiri og teori.

Jeg har hovedsaklig brukt Malterud sin beskrivelse av kvalitative metoder i medisinsk forskning (33) som bakgrunnskunnskap, samt artikler som beskriver emnet (36) (37) og forelesningsnotater fra metodekurs ved institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Underveis i prosjektet har jeg ført loggbok. Loggboken var på totalt 8 sider og bestod av nesten daglige - og noen dager flere hver dag - notater av samtaler, innspill, tilbakemeldinger, refleksjoner, gjøremål og kopi av mailer i forbindelse med prosjektet. Noe av analysen og resultatene vil bygge på disse notatene. Jeg vil imidlertid være tydelig på hvilke data som stammer fra intervjuene og hvilke som stammer fra loggføringen.

Prosjektet ble forelagt Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste AS (NSD) som godkjente prosjektet (vedlegg 5). Informantene ble i forkant tilsendt skriftlig informasjon med informasjon om prosjektet og forespørsel om å delta i intervju (vedlegg 6). Det ble innhentet samtykkeerklæring fra samtlige informanter.

3.2.3 Min egen rolle i studien

Jeg er utdannet klinisk ernæringsfysiolog og har bygget opp, og gjennom mange år ledet, den seksjonen som var ansvarlig for prosjektet som er utgangspunktet for min studie. Jeg hadde således et “eierskap” til “oppdragsgiver”. Jeg har også engasjert meg i underernæringsproblematikk på sykehuset i lang tid og kan derfor ha hatt forutinntatte holdninger til hvordan innføringen av screeningsverktøyet best burde foregå.

Jeg kjente noen av informantene på forhånd, og dette kan ha påvirket både dem og meg i intervjusituasjonen. Jeg hadde noen samtaler med noen av informantene på forhånd om hva intervjuet skulle handle om og dette kan ha påvirket noen av svarene de ga. Særlig ble temaer som innleie av personell og fordeler med elektronisk screeningverktøy diskutert.

For å håndtere dette har jeg jobbet bevisst for å fremstå som ikke forutinntatt i intervjusituasjonen. Jeg førte loggbok om egne refleksjoner underveis og har brukt veileder og andre diskusjonspartnere for å rådføre meg i aktuelle situasjoner og i bearbeidingen av stoffet.

4 Resultater

I det følgende presenteres innholdet i de ulike hovedkategoriene: *Engasjement, Pasientmedvirkning, Kunnskap, Ansvar, Samarbeid, Ressurser, Dokumentasjon, Styring og Holdning til ernæring* som fag mer i detalj.

4.1 Engasjement

Manglende engasjement fra sykehusledelsen blir vektlagt som en vesentlig barriere for innføring av ernæringsstrategi. Jeg oppfatter dette ikke bare å gjelde toppledelsens engasjement, men også engasjement blant ledere lengre ned i organisasjonen. I tillegg vektlegger avdelingssykepleierne legenes engasjement selv om det ikke nødvendigvis gjelder leger som er ledere. Deres eget engasjement som avdelingssykepleiere blir også vektlagt.

4.1.1 Ledelsens engasjement

I Helse Bergen har ernæringsstrategien hatt en tydelig forankring i toppledelsen. Dette har vært viktig for å holde engasjementet oppe. Flere er opptatt av viktigheten av at ledelsen har fokus på ernæringsstrategien og den positive smitteeffekten av ledelsens fokus. At ledelsen etterspør sykepleiernes ernæringsarbeid, har også betydning:

At det blir etterspurt. At det ikke blir sånn kjørt ut, stort og så ... forsvinner litt den der ovenifra og da må man klare seg selv. Det har jo noe med hva de (personalet – min anm.) prioriterer i hverdagen når du ikke får trykk oppe i fra heller ... da glir det litt ut.

Utfordringen synes å være engasjementet hos noen av nivå 2 lederne (ledere på nivå under administrerende direktør, som regel divisjons- eller klinikkdirektør):

... jeg har fått forståelsen av at det er noe som administrerende direktør er veldig for, men jeg tror nok han sliter med mange nivå 2 ledere og det å forankre det ned i seksjonene eller i avdelingene.

Siden Helse Bergen valgte en "top-down" strategi, betyr manglende engasjement hos nivå 2 ledelsen at noen av dem fungerte som et "glava-skikt" i forhold til videre implementering ned i organisasjonen. Særlig kan det ha hatt betydning at det var et manglende engasjement fra nivå 2 ledelsen for å få legene med på ernæringsstrategien. Andre opplever støtte fra nivå 2 ledelsen: "Nivå 2 leder er alltid positiv hvis vi kommer med noe i forhold til ernæring". I Helse Stavanger, der det ikke har vært noen ledelsesforankret ernæringsstrategi, gir avdelingssykepleierne uttrykk for at de selv har et ansvar for å få sine ledere engasjert:

Det er alltid nødvendig å ha alle med på laget, så ledere høyere opp ... (...)... det har aldri vært noe problem å få ledere med på det, og det er en oppfordring egentlig til å jobbe med forskjellige ting.

Det virker heller ikke som avdelingssykepleierne i Helse Stavanger forventer at nivå 2 ledelsen skal vise engasjement og støtte, men synes det er tilstrekkelig at de er informert: "De vet om det, at vi holder på, så det var jo bra". Samtidig beskrives ledelsens engasjement som viktig og at deres engasjement har en smitteeffekt. Det poengteres også at det er viktig at lederne ser betydningen av det arbeidet som gjøres, at det blir etterspurt og at de har en positiv innstilling til det.

I følge én av informantene har ledelsen lite fokus på fag. Håndteringen av lederskapet bærer preg av "kriseledelse":

Det er ikke mye tid på ledermøter til å drøfte noe fag. Det er mye sånn brannslukking, problemløsninger ... altså av andre ting, av administrative ting. Og så er det penger. Og faget: "det skal vi få tid til en gang..."

Avdelingslederne synes å utvise forståelse for at nivå 2 lederne ikke kan engasjere seg og nærmest unnskylder det faktum at fagligheten ikke blir prioritert fra ledelsesnivå: "Jeg tror de hadde villet hvis de hadde hatt tid, men tiden deres strekker ikke til å interessere seg så mye for faget. Hvor langt opp skal de engasjere seg for faget i detaljer?"

Jeg synes her å registrere enn viss forskjell i holdninger og forventninger til ledelsens engasjement i Helse Stavanger og Helse Bergen. Mens avdelingssykepleierne i Helse Bergen

forventer at ledelsen viser interesse og er ”fanebærere” for prosjektet, er mitt inntrykk at avdelingssykepleierne i Helse Stavanger ikke forventer annet enn at deres ledere er informert.

4.1.2 Legenes engasjement

Avdelingssykepleierne i Helse Bergen utviser en nokså stor grad av frustrasjon når de beskriver legenes engasjement og at det har vært vanskelig å få legene med på ernæringsopplæringen:

Hun skulle også ha en lege med seg på dette her laget. De skulle være to stykker, noe som egentlig var veldig vanskelig, for den legen som fikk de oppgavene ... det var vel ikke så veldig lystbetont... altså det var sikkert en oppgave vedkommende bare fikk fordi at vedkommende bare sa ”ja” ... kunne ikke si ”nei”... følte ikke for det... og så var interessen der etter ... og kapasiteten der etter.

Dette gjør at ernæringsarbeidet kan oppleves som meningsløst:

... det ble veldig negativt egentlig, fordi at en ikke hadde legene med på banen eller på laget så ble det meningsløst, liksom ... hvorfor skal vi drive på å ... når interessen blant legene er så lav ...

Avdelingssykepleierne opplever at legene har liten interesse for og erfaring i ernæringsarbeid. De beskriver at de må ”pushe på” og ”mate” legene i ernæringsarbeidet og at legene etterspør ernæring i liten grad. Den legen som fikk ansvar for ernæringsstrategien ble sittende med ”svarteper”. Samtidig blir legenes engasjement og det de etterspør tillagt stor vekt: ”... det er ofte det som legene etterspør som har verdi”. Sykepleierne unnskylder også legenes manglende engasjement i ernæringsbehandlingen: ”Jeg tror bare de glemmer det”. Det synes imidlertid som at sykepleierne mener at det har skjedd en endring i legenes engasjement i ernæringsfaget den senere tid:

Underveis så ser en jo at de også har endret litt mer og fått mer fokus på det. (...) De etterspør litt mer beskrivende når de spør: ”Spiser de godt?” ”Hvor mye faktisk får de i seg, hvor mye drikker de?”. Det med væske, at en ser at det er viktig at de får væske i

seg og en kan både supplere og hvis en skal gi intravenøs så ... kommer med tilsetninger. Altså de er rett og slett mer oppmerksomme, også etterspør de.

Selv om flere av avdelingssykepleierne mener at legenes engasjement og etterspørsel angående ernæringsfaget har økt de senere årene, opplever de frustrasjon over legenes manglende fokus på ernæring. På tross av utsagnet om at det er det legene etterspør som har verdi, mener sykepleierne likevel at ernæringsarbeidet er viktig og ser det som sitt ansvar å få legene interessert. Ut i fra dette vurderer jeg legenes manglende engasjement i ernæringsfaget som en vesentlig hemmende faktor i implementeringen av ernæringsstrategien.

4.1.3 Sykepleiernes engasjement

Én av informantene i Helse Bergen beskriver hvordan legenes manglende engasjement påvirker sykepleierne:

Hvilken vits er det å screene pasienten, liksom sagt da. Fordi at det blir jo ikke noen konsekvens av den screeningen. For legene de, legene de ... Det skal jo kunne settes en diagnose på dette her da, ikke sant? Det skal jo til slutt faktisk vektes i DRG-poeng. Og det er jo ... for oss var jo det viktig motivator, være litt sånn "pushe på" inn til legene: "Nå må du skrive sånn og sånn diagnose". Og så bare stoppet det.

Avdelingssykepleiere i Helse Bergen opplever også at det kan være tungt å skulle motivere eget personale til å satse på enda et fokusområde: "... de opplevde, og opplever fremdeles, at det er en ekstra stein til byrden, altså at det er enda noe mer vi skal gjøre". Mens en annen avdelingssykepleier hevder at det at de hadde hatt fokus på ernæring før screeningen startet, gjorde det lettere:

Jeg tror at hos oss så har vi alltid hatt stort fokus på ernæring, så jeg tror at hos oss var det lettere enn mange andre avdelinger som kanskje startet mer på scratch. Så jeg synes egentlig å få pleiepersonellet med på det på vår avdeling var egentlig ikke noe problem fordi at det ... de hadde gjort egentlig dette her hele tiden ved å ta vekt og høyde og telle kalorier og sette i gang ernæringstiltak. Så det var mer det å få det inn i system.

Informantene gir alle et inntrykk av å være engasjert i ernæringsarbeidet og viktigheten av at god ernæringsstrategi blir innført og praktisert. Jeg finner likevel en forskjell i materiale hos informantene i Helse Bergen og Helse Stavanger ved at det uttrykkes større grad av motløshet når det gjelder å holde engasjementet for ernæringsarbeidet ved like hos noen av avdelingssykepleierne i Bergen:

Det er veldig vanskelig. Det er det ... jeg ser ikke helt i dag hvordan vi skal få det til og hvordan en skal snu motivasjonen for å få det innført skikkelig (...) Jeg var veldig motivert selv, men nå går det litt på egen motivasjon også.

Mens prosjektet i Stavanger opplevdes positivt: ”Det har jo fungert veldig greit, veldig bra, alle har stilt opp og fulgt opp veldig godt”. En av avdelingssykepleierne i Stavanger sier også at fokuset på ernæring har vedvart etter at prosjektperioden var over og at sykepleierne fortsatte å screene på eget initiativ.

For å holde engasjementet oppe i avdelingen over tid, etterlyser en av avdelingssykepleierne en ”gulrot”:

... det betyr ikke at vi alltid, men i et halvt år eller noe sånt, hvis vi hadde klart å kode så så mange eller gjennomført så så mange screeninger, at det kunne ha ut ... ja ... at vi hadde fått noe vi hadde trengt i avdelingen.

Det kan synes som at den enkelte helsearbeideres motivasjon og lyst knyttet til ernæringsarbeid blir vektlagt av avdelingssykepleierne: ”... det må være en som brenner for saken og en som ser viktigheten av det”. Samtidig undres de over at ernæringsarbeidet ikke faller like naturlig å gjøre i den daglige rutinen som for eksempel å måle pasientens blodtrykk.

Jeg synes det er naturlig at innføring av ernæringsstrategien i Helse Bergen og prosjektperioden i Helse Stavanger opplevdes forskjellig av avdelingssykepleierne. For det første er ernæringsstrategien i Helse Bergen lagt mer omfattende enn kun screening av underernæring. Det ble ikke tilført ekstra ressurser i Helse Bergen på avdelingsnivå og tiltaket er ikke tuftet på frivillig deltagelse, slik det var i Helse Stavanger. Prosjektet i Helse

Stavanger var også tidsbegrenset og det ble ikke stilt krav om videre oppfølging av tiltakene der, slik det er i Helse Bergen.

Samtidig etterlyser avdelingslederne i Helse Bergen en ”premiering” for innsatsen med screeningen. Kanskje den viktigste bekreftelsen på at arbeidet de gjør er viktig, ville ha vært at legene etterspurte dataene (slik de gjør når det gjelder for eksempel blodtrykk)? Når sykepleierne registrerer og dokumenterer at pasientene er underernært, men dette ikke får noen konsekvens for legenes diagnosekoding, opplever sykepleierne dette arbeidet som meningsløst. Legenes manglende etterspørsel etter de dataene sykepleierne innhenter, gjør sykepleierne mindre engasjert. Dette er derfor en hemmer i ernæringsarbeidet.

4.2 Pasientmedvirkning

Det synes som avdelingssykepleierne mener at pasientenes ansvar for å medvirke til best mulig resultat av den behandlingen og pleie som gis, også gjelder ernæringen: ”Pasienten er selv ansvarlig for sin ernæring”. Når det gjelder hvorvidt pasientene er opptatt av ernæring, svarer én av avdelingssykepleierne:

Noen er veldig opptatt av det, ja. Altså det der hvis du har gått ned ... veldig mange av våre pasienter har gått ned veldig masse i vekt når de kommer inn til oss. Og det opptar dem veldig. Noen synes jo det er mer positivt enn andre. Men uansett, er du overvektig og går ned plutselig en masse med kilo så er ikke det veldig positivt heller fordi det er noe sykdomsrelatert til det.

Andre avdelingssykepleiere hevder at pasientene i liten grad er opptatt av ernæring og at de sjelden eller aldri etterspør det. Samtidig blir det minnet om at mange av pasientene heller ikke har ressurser eller forutsetninger for å kunne ta ansvar for sin egen ernæring:

Men allikevel så er det helt sikkert de som ikke har fått informasjon og ikke har vært mottagelig. Så har jeg jo en pasientgruppe som, ja, det er ikke alle kanskje som på en måte ... tar den informasjonen like lett (...) Vi har en del eldre og vi har en del alkoholiserter, rusmisbrukere.(...) En kan ikke generalisere sånn, men vi har mange ressursvake mennesker innlagt som ikke har fart veldig fint med seg selv før de har blitt innlagt eller før de har fått diagnosen, og de fortsetter sikkert etterpå også, å ikke ta så godt vare på seg selv.

Avdelingssykepleierne mener derfor at helsepersonell har et ansvar for å bringe tema på bane: ”... mange har ikke ressurser til å etterspørre, tenker jeg. Så det å bare lene seg på at pasienten vil etterspørre ... det er ikke nok”. Når det gjelder pasientens påvirkning på ernæringsarbeidet sier likevel flere avdelingssykepleiere at når pasientene ikke etterspør ernæringstiltak, får det konsekvenser for hva som prioriteres: ”Hvis de hadde etterspurt det mer, så ville det jo ha gjort at vi måtte ha prioritert annerledes, hvis det var en ting de etterspurte hele veien”. Og på spørsmål om hvorfor avdelingssykepleierne tror at pasienten ikke etterspør ernæringstiltak, sien én: ”Jeg vet ikke om de skjønner, altså betydningen, at de faktisk vet betydningen av det og at det er en interesse for det i helsevesenet. At de tenker at det er en sånn privat ting”. Kunnskapen om ernæring blant pasientene blir også vektlagt: ”Én ting går på at de har lite matlyst, men det går også på litt lite kunnskap”.

Det kan altså virke som at avdelingssykepleierne mener at manglende fokus og engasjement i forhold til ernæring også gjelder pasientgruppen og at dette igjen kan være en årsak til manglende fokus hos dem selv.

4.3 Kunnskap

Avdelingssykepleierne synes å mene at ernæringskunnskapene stort sett er tilfredsstillende blant eget sykepleierpersonale og at det er en grunnkunnskap de besitter:

”Ernæringskunnskapene, de tror jeg er der “.

I den grad sykepleierne mener at de har behov for ernæringsundervisning, synes det først og fremst å være som ”oppfriskning” og oppdatering. De sier også at sykepleierne er gode på ernæringsarbeid og til å sette i gang tiltak i forhold til ernæring. Samtidig er flere opptatt av at fokuset på ernæring må holdes opp hele tiden for at det ikke skal ”glippe”: ”Jeg opplever at det tar mange år før noe er blitt en del av hverdagen. Så det å slippe fokuset etter et halvt år eller et år, da forsvinner det - veldig ofte”.

Én av informantene er opptatt av at før de begynte å screene, var ernæringsarbeidet mer preget av at det var tilfeldig hvem som fikk hjelp. Likevel sier flere at de fremdeles prioriterer de pasientene som ”ser ut til” å trenge ernæringsveiledning: ”Det er nok de som ser ut til å

trengte det - med det blotte øye”. Og selv der hvor det er opplagt at pasienten trenger ernæringstiltak er det ikke alltid at dette blir satt i gang:

... til og med de, så er det ikke alltid at vi har skrevet noe kostregistrering eller sånn. Det har gjerne bare vært at vi har begynt med utredning og sånn heller, og ikke spurt noe om i forhold til kost.

Sykepleiernes kunnskap om ernæring blir vektlagt når de sammenligner seg med legene: ”Og i den prosessen etter hvert som vi er blitt mer fokuset på det, så har vi jo, vi har et helt annet ... et mer likesinnet nivå og snakke med for eksempel legegruppen”. Avdelingssykepleierne synes også å mene at kunnskapen om ernæring ikke er god nok hos legene og én mener at dette kan ha sammenheng med lite fokus på ernæring i medisinerutdanningen:

Utfordringene er legegruppen. Jeg vet ikke ... ernæring er vel gjerne ikke det som står fremst i deres interessefelt i forhold til det de lærer på studiet. Jeg vet ikke hva de lærer om ernæring på studiet sitt. Altså hvor er fokuset allerede da?

Avdelingssykepleierne sier at det ofte er sykepleierne som må lære opp legene om ernæring: ”Det er jo massevis av ganger når vi sitter og lærer opp legene” og en annen hevder: ”... de sier egentlig at ”dette har dere mest greie på” sier de, så de spør oss”. En tredje avdelingssykepleier fremhever sykepleiernes detaljkunnskap om for eksempel de ulike ernæringsproduktene som finnes på apotek og at legene stoler på at sykepleierne innehar oppdatert kunnskap om dette:

... de ser produktene skifter navn og de skifter innhold og de skifter ... så de klarer ikke å holde seg helt oppdatert på ”hva er det beste for denne pasienten her og nå?”. De har ikke den detaljkunnskapen, den har ikke de. Det sitter mye mer sykepleierne på. Så de stoler nok mye på oss der, at vi fyller det hullet.

Den samme sykepleieren tilføyer: ”Og det er gjerne sånn det skal være også?” og synes altså det er naturlig at det er sykepleierne og ikke legene som primært innehar denne kunnskapen. Det oppleves også positivt av sykepleierne at de føler at de kan mer om ernæring enn legene:

Så jeg føler på en måte det anerkjenner egentlig litt det arbeidet som sykepleiere og hjelpepleiere gjør... det har vært positivt oppi dette her ... det arbeidet vi har gjort ... vi har gjort det arbeidet hele tiden, men ... og det er jo på en måte noe som vi har lagt veldig på oss – pleiegruppen – og jeg føler at det anerkjenner... eller de sier rett ut at vi er gode på det og vi er flinkere enn dem på det punktet.

Avdelingssykepleierne synes altså å mene at kunnskapsnivået innen ernæring er tilfredsstillende innen egen faggruppe. Dette står i kontrast til det de sier om at mye av ernæringsarbeidet fremdeles gjøres ut i fra skjønn og ikke objektiv viten. De sier også at mange pasienter fremdeles ikke får den ernæringsbehandlingen de trenger. Sykepleierne mener at kunnskapsutfordringene når det gjelder ernæring først og fremst er i legegruppen og de føler et ansvar for å lære opp legene om ernæring. Dette gjør at sykepleierne føler seg mer anerkjent og ”likestilt” med legene.

4.4 Ansvar

4.4.1 Ledelsens ansvar

Det kan synes som at avdelingssykepleierne i Helse Bergen lojalt fulgte ledelsens pålegg: ”altså det ble jo en overordnet bestemmelse og da tenker jeg at, altså det var jo sånn at da måtte vi bare prøve å innføre det”. Samtidig har de også i Helse Bergen savnet mer ledelsesforankring, særlig på nivå 2, og uttrykker behov for mer støtte og informasjon fra ledelsen:

...vi ble pålagt å innføre den ernæringsscreeningen i fra ledelseshold, men det ble ikke tilrettelagt for, altså det å finne ut hvordan vi skulle gjennomføre det, hvordan det skulle iverksettes, hvordan det skulle implementeres, det ble jo opp til oss ledere å finne ut av.

Selv om det var en tydelig forankring i toppledelsen i Helse Bergen, oppleves forankringen i ledelsen også der i stor grad som mangelfull. I Helse Stavanger virker det som at informantene i liten grad forventer at ledelsen tar ansvar i forhold til implementeringen.

Samtidig hevder én av informantene der at det som ikke er forankret i ledelsen heller ikke vil bli gjennomført.

4.4.2 Legenes ansvar

På tross av at det er legenes ansvar å forskrive ernæringsbehandling og ordinere tiltak, er det ikke alltid dette som praktiseres: ”Men vi har det ikke sånn at legen må ordinere sondeemat og sånt. Vi gjør det selv. Finner ut hvor mange poser de skal ha og prøver oss fram med forskjellig...”

Hva tenker avdelingssykepleierne om legenes ansvar? Én av sykepleierne sier:

Altså legene har vel det overordnede ansvaret for pasienter og behandling. Nå er det vi sykepleiere som er nærmest pasienten og ser dem hele veien og er i kontakt og snakker med dem og fanger vel gjerne først hva som egentlig er problemet. (...) Jeg opplever ofte at det er vel gjerne vi som tar fatt i det (ernæringsarbeidet – min anm.) og bringer det videre til legene og tar det opp, eventuelt at vi skal henvise til ernæringsfysiolog eller prøver i alle fall å finne en måte å hjelpe pasienten på.

Informantene sier at legene delegerer mye av ansvaret for ernæringsarbeidet til sykepleierne:

... vi har jo stor rolle her hos oss i forhold til ernæringsbehandling, sykepleierne og hjelpepleierne, med å gi sondeemat og ... (...) ... men de (legene – min anm.) har rett og slett ikke så stort fokus akkurat på ... eller jeg tror på en måte de har delegert det til oss, det med å følge med på at de (pasientene – min anm.) får holde vekten og får riktig mengde kalorier...

Begrunnelse for at legene delegerer ernæringsarbeidet til sykepleierne, forklarer én slik: ”Jeg tror egentlig de lener seg litt tilbake for de ser at vi får det så bra til. Og så slapper de litt av på det, for de har jo masse annet”. Sykepleierne definerer også ernæringsfaget som mer pleie enn medisin: ”... men kanskje vi tenker at på en måte det er mer sånn pleiegreie”.

Avdelingssykepleierne mener at legene er avhengige av at det er sykepleierne som gir dem informasjon om pasientens ernæringsstatus og at sykepleierne langt på vei styrer ernæringsbehandlingen. Sykepleierne synes det er naturlig at legene mener at det er sykepleierne som har hovedansvaret for ernæringsbehandlingen: ”det er vi som ser pasientene

mest, 24 timer i døgnet, så det er jo kanskje ikke så rart at de tenker at vi må ha hovedansvaret for den biten der”.

Det er altså til en stor grad sykepleierne og ikke legene som tar ansvar for ernæringsbehandlingen. Sykepleierne synes at dette er naturlig og begrunner det med at de definerer ernæringsfaget mer som pleie enn medisinsk behandling. Dessuten synes de det er naturlig at ernæringsbehandlingen faller på de som ser pasienten mest i løpet av døgnet. Utsagnet ”jeg tror på en måte de har delegert det til oss” viser at det er en uklar ansvarsfordeling og uklare linjer. Hvor er ledelsen i dette? Ville et slikt utsagn kunne brukes i forhold til for eksempel medisinerings av en pasient?

4.4.3 Sykepleiernes ansvar

Avdelingssykepleierne vektlegger sin egen rolle i å få innført ernæringsstrategien. Flere hevder det er deres ansvar å sette fokus på utvalgte områder og sette disse i system. Samtidig sier flere av avdelingssykepleierne at de ikke har utarbeidet retningslinjer for hvordan ernæringsarbeidet skal gjøres på egen avdeling. Det kan virke som noen av avdelingssykepleierne er usikre på hvem som har ansvaret og for hva: ”Nei, jeg vet ikke om jeg har hatt et eget ansvar sånn, altså jeg tenker at vi alle har et ansvar...” Én betegner ansvaret som en ”team-sak”, mens andre sier at avdelingssykepleierens ansvar er å se til at implementeringen av ernæringsstrategien ble gjort, samt å videreformidle relevant informasjon i saken.

Det kan synes som at avdelingssykepleierne mener at ansvaret for ernæringsscreeningen skal være på lavest mulig nivå: ”... det å plante det ansvaret som screening er ned på det lavest mulige nivå, i hver enkelt pleier”. Avdelingssykepleierne velger å delegere en del ernæringsoppgaver til hjelpepleierne. Dette synes delvis å være motivert i et ønske om å gi hjelpepleierne mer interessante oppgaver:

Så har vi vært litt på leting etter nye arbeidsoppgaver for hjelpepleierne sånn at ikke de blir overflødige (...) det jeg har snakket med noen hjelpepleiere om, og snakket med tillitsvalgte om, det er rett og slett det at hjelpepleierne skal få ansvar for ernæringsscreeningen.

Avdelingssykepleierne sier at hjelpepleierne kan føle seg litt på siden av sykepleierne og at de ikke er så anerkjente som sykepleierne på enkelte områder. Når hjelpepleierne blir gitt ansvaret for screeningen, likestilles de mer med sykepleierne. Dette har vært med på å samle personalgruppen og oppleves som positivt. Samtidig sier sykepleierne at ernæring er en viktig sykepleieroppgave. Én av avdelingssykepleierne delegerer også pådriveransvaret:

Som avdelingsleder er det så mange ting jeg skal være pådriver for at det er veldig god hjelp når du får delegert det ned til sykepleierne at de også kan være pådrivere for hver sin sak, for det avlaster meg og jeg hadde ikke hatt tid til å være pådriver i lang tid.

Mitt inntrykk er at det er en uklar og pulverisert ansvarsfordeling når det gjelder ernæringsbehandlingen som kommer til uttrykk på de to sykehusene. Legene delegerer ansvaret til sykepleierne og sykepleierne delegerer noe av ansvaret til hjelpepleierne. Pådriveransvaret til avdelingslederne delegeres også nedover i organisasjonen. Delegeringen synes hovedsakelig å være organisatorisk og personalmessig motivert og i liten grad at det ligger en faglig begrunnelse bak. Det synes heller ikke som delegeringen nødvendigvis er personlig, altså gitt fra én bestemt person til en annen eller at det finnes rutiner for hvilke oppgaver som skal utføres av hvem. Det kan derfor stilles spørsmål om det formelt sett har skjedd en delegering i linjen eller om det er pleierpersonellet som her *tar* ansvar for arbeidsoppgaver som de mener faller naturlig inn under sitt fagområde.

4.4.4 Klinisk ernæringsfysiologs ansvar

Én avdelingssykepleier opplevde at kliniske ernæringsfysiologer hadde vært for lite delaktige i prosessen med implementering av ernæringsscreening:

Vel hadde vi, har vi, ernæringsfysiologer i foretaket som vi bruker eller bruker en del, men jeg har ikke opplevd dem så veldig delaktige i den prosessen. De føler jeg at har kommet inn kanskje i senere tid, når en gjerne har sett at ikke ting har gått så veldig bra som en skulle tro at det skulle gå. Jeg følte gjerne at de stod på sidelinjen og sa hvordan det skulle være, altså uten å på en måte veilede oss i hvordan vi kunne gjøre det.

Avdelingssykepleierne sier at de kontakter klinisk ernæringsfysiolog når det er spesielt vanskelige tilfeller eller utfordrende situasjoner. De sier også at terskelen for å gjøre dette er blitt lavere enn før. Én av avdelingssykepleierne beskriver samarbeidet med kliniske ernæringsfysiologer slik:

Så vi bruker jo en god del ernæringsfysiologer. Vi er blitt flinkere til det. Det å bruke den spisskompetansen som en har i et så stort sykehus, det å spille på lag flere personer og yrkesgrupper og bruke det vi er god til alle sammen, og så lærer vi noe av det også. Altså sånn at det er ikke nødvendigvis at vi tilkaller ernæringsfysiolog hvis vi møter samme situasjon ...

Men at hjelpen ofte har blitt tilkalt for sent:

Jeg tror vi er ... vi var ikke flinke til å ta kontakt med ernæringsfysiolog før det var ... før vi var helt desperate, liksom hadde prøvd alt, og så ta kontakt med ernæringsfysiolog. Vi var nok alt for sene med å ... og lot det gå og "så ser vi bare en dag til eller skal vi legge ned sonde – nei, vi ser en dag til om hun spiser litt til eller ...". Veldig sånn "nja, vi ser det an", "vent og se"-holdning, ja. Og vi har latt det gå alt for lenge, tror jeg, mange ganger.

Mitt inntrykk er at avdelingssykepleierne fremdeles opplever kliniske ernæringsfysiologer som en faggruppe som står på siden av det etablerte behandlingstilbudet. Flere poengterer også at det er viktig at den kliniske ernæringsfysiologen er et kjent ansikt på avdelingen. Terskelen for å henvise pasienter er lavere enn tidligere, men flere beskriver også en "vent-og-se" holdning i forhold til ernæringsarbeidet generelt, og i forhold til det å tilkalle den spisskompetansen kliniske ernæringsfysiologer representerer spesielt. Jeg får inntrykk av at sykepleierne mener at dette bør de klare selv. Dette tolker jeg som at ernæringsbehandling ikke blir sett på som medisinsk behandling av sykepleierne. Likevel forstår jeg det som en erkjennelse av at sykepleierne mener ernæringskunnskapene ikke alltid er tilstrekkelig i egen faggruppe, når de "har latt det gå alt for lenge", og jeg stiller spørsmål om forsvarlighetskravet da er oppfylt. Betyr dette at det å sette i gang med ernæringstiltak er "siste utvei" – når alt annet er prøvd?

Selv om kliniske ernæringsfysiologer har et ansvar for blant annet å medvirke til personalundervisning i kostrelaterte emner, etterlyser avdelingssykepleierne dette i liten grad.

4.5 Samarbeid

Flere avdelingssykepleiere i Helse Bergen opplever at profesjonene og avdelingene ikke samarbeider om ernæringsstrategien og at avdelingssykepleierne føler seg alene om arbeidet og ansvaret. De etterlyser samarbeid utover klinikknivå og å ha et forum hvor de kan gi hverandre tilbakemelding på hvordan ernæringsarbeidet best kan gjøres. Alle informantene sier at kliniske ernæringsfysiologer er viktige samarbeidspartnere i ernæringsarbeidet på sykehuset.

Manglende samarbeid med andre yrkesgrupper gjør at arbeidet kan føles meningsløst: ”Og det vi sliter mye med det er den her, hva skal jeg si, den meningsfullheten med det, fordi at vi ser at vi har ikke alle profesjonene med oss”. Mens for andre fungerer samarbeidet godt. Én av avdelingssykepleierne påpeker også at selve screeningen har gjort samarbeidet med legene lettere:

Legene føler jeg har blitt litt mer ... lettere å samarbeide med dem i forhold til det med ernæring. På grunn av at det har gitt litt mer legitimitet, selve skjemaet på en måte har løftet sykepleierne sånn at de kan mer tørre å si ”jo, men han er underernært. Vi må gjøre noe her!”. Ja, så det tror jeg har vært litt til hjelp. (...) det har skapt litt mer åpenhet hos dem også, til å høre på sykepleierne.

Så lenge det mangler ledelsesforankring og tydelig ansvarsfordeling, vil det også være vanskelig å danne nettverk og etablere samarbeidsfora innen ernæringsarbeidet. Selv om det har vært satset på nettopp å etablere dette i Helse Bergen, synes det som at avdelingssykepleierne også der savner mer samarbeid om ernæringsbehandlingen. Selv om alle informantene sier at kliniske ernæringsfysiologer er viktige samarbeidspartnere i ernæringsbehandlingen, beskrives de også som en gruppe som står litt ”på siden”. Samarbeidet med legene oppleves som lettere når sykepleierne kan vise til konkrete data ut i fra screeningen. Likevel frustreres sykepleierne av at dette ikke gir konkret uttelling i form av diagnosekoding og DRG-poeng.

Oppsummert er mitt inntrykk at verken sykepleierne, legene eller pasientene vurderer ernæringstiltak som viktig i den medisinske behandlingen og at sykepleierne ser på det som en ”pleiegreie”. Det er lav forventning til at ledelsen skal engasjere seg og i noen tilfeller fungerer lederne som direkte hemmende på prosessen.

4.6 Andre barrierer

4.6.1 Ressurser

Knapphet på ressurser som personell og utstyr blir ofte trukket frem som faktorer som hemmer innføring av ny praksis. Jeg ønsket derfor å finne ut hvilken betydning avdelingssykepleierne i Helse Stavanger og Helse Bergen mente dette hadde i forhold til innføringen av screening for underernæring. I tillegg vektla avdelingssykepleierne tidsfaktoren. Samtidig sier én avdelingsykepleier at mer ressurser ikke nødvendigvis alltid er løsningen, men at motivasjon kan være vel så viktig:

... du skal alltid si at du skal ha mer ressurser og mer ressurser, men jeg tror ikke det alltid er løsningen heller på alle ting. Det er noe med at personalet må oppleve at dette faktisk er viktig og nyttig og ikke bare sånn pålegg uten faktisk forstå viktigheten av det.

Personell

I Helse Bergen sier informantene at det ikke ble tilført ekstra personellressurser på avdelingsnivå (men at det ble utnevnt er ”ernæringsressurs”/ kontaktperson på klinikknivå). Det å ha hatt noe ekstra personale en periode ville blitt verdsatt i Helse Bergen: ”det å ha et menneske som går på topp en periode og screener sammen med og fronter det skikkelig, det tror jeg hadde vært veldig, veldig bra”.

I Helse Stavanger ble det ansatt egne sykepleiere som hadde ansvar for screeningen i avdelingen den perioden prosjektet varte og dette beskrives som ”alfa og omega” for at screeningen ble gjennomført med så godt resultat. Avdelingssykepleierne mener likevel at det ikke nødvendigvis er snakk om mye ekstra personellressurser. Én av sykepleierne sier at å få ekstra ressurser i for eksempel en to-ukers periode, kan avverge at arbeidet må startes opp på nytt etter spesielt travle perioder. En annen forslår å ha en ekstra ”på toppen” i en måneds tid for å avlaste. Ressursbehovet blir av én anslått til å være ca 50 % stilling på sin avdeling. Særlig er ekstra personellressurser viktig i oppstartsfasen av implementeringen. Én informant mener at screeningen kunne fortsatt uten videre tilførsel av ressurser:

... det er jo likevel en del av det vi tar opp med pasienten når de kommer nye og skal begynne behandlingen her, så blir det alltid spørsmål om ernæring og vi går gjennom det. (...) Så å få det innarbeidet det er ... det er ikke noe så voldsomt mye mer

tidkrevende det, så det skulle la seg gjøre uten problem egentlig, fordi at vi tar det likevel opp.

Det kan synes som at det å ha litt ekstra tilgjengelig ressurser i oppstarten av screeningsarbeidet og i spesielt hektiske perioder, er en fremmende faktor for å få innført verktøyet. Det er ikke nødvendigvis snakk om så lang periode. I Helse Bergen uttrykker sykepleierne frustrasjon over at det ikke ble tilført ekstra ressurser på avdelingsnivå, mens avdelingssykepleierne i Helse Stavanger vedsetter at de fikk tilgang på dette. Det er likevel opplevelsen av at arbeidet er ”viktig og nyttig” som vektlegges når gjennomførbarheten skal beskrives.

Utstyr

Avdelingssykepleierne synes stort sett de hadde det utstyret de trengte for å kunne gjennomføre ernæringscreeningen. Både i Helse Bergen og Helse Stavanger fikk avdelingene tilført vekter. For noen var det avgjørende at ledelsen sørget for at avdelingen fikk sittevekt og at de ikke trengte å ta dette av eget budsjett. Én presiserer også viktigheten av å ha vekt og høydemåler lett tilgjengelig på avdelingen.

Noen hadde forslag til forbedringer på andre utstyrsområder som for eksempel at postverten har en blender til å lage smoothie, at det er nok PC-er tilgjengelig for registrering av data og at sykepleierne på post har tilgang til BMI-kalkulator. Det ble også forestått forbedringer av selve screeningsverktøyet.

Mitt inntrykk er at manglende utstyr ikke var en hemmende faktor i implementeringen av ernæringscreeningen på de to sykehusene og at avdelingssykepleierne stort sett var fornøyd med hvordan tilgangen på utstyr var blitt ordnet i forbindelse med innføringen av screeningverktøyet.

Tid

Mangel på tid og travelhet er forklaringer som ofte brukes på hvorfor det er vanskelig å innføre nye rutiner. Særlig kommer dette tydelig frem i Helse Bergen:

Jeg synes egentlig det som har vært på en måte mest hemmende sånn, det har vært tiden. Tidspresset og få dette til. Det har vært veldig mange andre systemer som har blitt iversatt på kort tid og samtidig. Så mye oppå hverandre og det har vært hemmende.

Én av avdelingssykepleierne prøvde å anslå hvor mye tid hele screeningen tok:

Hvor mye bruker en sykepleier tid på dette her? Ja, han bruker jo sikkert et kvarter på å kartlegge én person. Han skal jo ta ham til vekten og han skal ta høyden og han skal svare på disse spørsmålene. Og vi har i gjennomsnitt, ja, fem til ti nye pasienter hver dag. Så det blir jo noen kvarter av det.

Likevel mente flere avdelingssykepleiere at selve screeningen ikke var mye ekstra arbeid:

... jeg har ikke hørt noen som syntes det var mye arbeid, men at det må bli tatt av noe tid i morgenstellet. Det med å få tatt vekten, det med å få tatt høyden det er liksom de tingene som tar lite granne tid. Men ellers så sier de fleste at det er jo faktisk overkommelig. Det er gjennomførbart. Men det er jo hvis du finner de som er i faresonen, da bruker du mye mer tid. For du finner flere som er i faresonen enn vi ville gjort ellers. Mange som er litt sånn "aha-opplevelser" at "Å, hun her hadde ikke vi trodd var i fare". Hadde ikke tenkt på det engang. Men så er det andre og som vipper som vi trodde var ... begge veier.

Selv om noen av avdelingssykepleierne trekker frem tidspress som en hemmende faktor, er likevel mitt hovedinntrykk at tidsfaktoren ikke spiller en avgjørende rolle for å få implementert ernæringscreening. Flere av informantene modererer betydningen av tidsfaktoren selv om de beskriver at tidspresset er en hemmende faktor. Én fremhever at travelhet kan brukes som en unnskyldning for å ikke prioritere ernæringsarbeid. Flere trekker frem at sykepleiernes motivasjon, engasjement og holdning til screeningen er en vel så viktig faktor.

Oppsummeringsvis vil jeg derfor hevde at knapphet på ressurser generelt ikke har vært en hemmende faktor for å få implementert screeningen, men at tilgangen på ekstra personell en periode vil være en fremmende faktor.

4.6.2 Dokumentasjon

Sykepleierne er opptatt av at de dokumenterer det de faktisk gjør: ”... altså vi tenker ernæring hele tida, vi er gode på det, men vi dokumenterer ikke at vi gjør det. Forferdelig dumt! ”.

Flere avdelingssykepleierne mener at de kan bli bedre på dokumentasjon av ernæringsarbeid. Dette vil lette samarbeidet med legene ved at sykepleierne har mer konkrete data når de diskuterer ernæringstiltak med legene og at det blir mindre ”synsing”. Avdelingssykepleierne er også opptatt av å kvalitetssikre at dokumentasjonen blir lest, og har forslag til måter å gjøre dette på: ”... det skulle vært lagt inn noen signeringsbit inni DIPS (...) at de må signere på at de har sett ernæringsdokumentasjonen”.

Én av avdelingssykepleierne poengterer viktigheten av at screeningverktøyet er tilgjengelig elektronisk for at oppfølgingen av pasienten skal bli bedre og for at alle som er involvert i behandlingen skal ha lett tilgang på dataene. Selv om informantene er samstemte på at screeningsverktøyet bør foreligge elektronisk, har noen vurdert om screeningen burde være både i papir- og elektronisk form.

Dokumentasjon av sykepleiernes ernæringsarbeid vil være en fremmede faktor i ernæringsarbeidet og lette samarbeidet med legene. Det vil også være med på å synliggjøre det arbeidet sykepleierne faktisk gjør. Avdelingssykepleierne er også opptatt av at screeningen systematiserer mye av det arbeidet de alltid har gjort, men at manglende dokumentasjon undergraver viktigheten av det. Et viktig tiltak flere nevner, er at legene må signere i journalen (DIPS) på at ernæringsdokumentasjonen er lest.

4.6.3 Styling ”top-down” kontra ”bottom-up”

I Helse Bergen, der ernæringsstrategien ble implementert ”top-down”, presiserer flere av avdelingssykepleierne at dette var en viktig forutsetning for å få det til: ”... har en gehør for at dette her er noe vi skal satse på, noe en skal innføre, i fra øverste hold, så er det enklere i alle fall som mellomledere, å presse det nedover”. Avdelingssykepleierne i Helse Bergen beskriver at de ikke hadde noe valg hvorvidt de ville være med på ernæringsstrategien. På spørsmål fra meg hvordan det ville vært hvis ernæringsstrategien hadde vært styrt nedenifra, presiserer flere at hvis dette skulle la seg gjøre, måtte avdelingsleder være drivkraften.

I Stavanger var det frivillig deltagelse i prosjektet og de avdelingssykepleierne som deltok var i utgangspunktet positive til screeningen. Prosjektet ble styrt ”bottom-up”. Den ene avdelingssykepleierne i Helse Stavanger sier likevel: ”Jeg tror hvis det skal være noe som skal innføres på hele huset, hvis alle pasienter skal screenes, så må det komme fra toppen”. Mens den andre avdelingssykepleieren hevder:

Jeg tror det kan sikkert styres ganske godt nedenfra med de som er i avdelingen og avdelingsledere (...) at de er med på det og er positive til det, så tror jeg det at det kan fungere vel så greit det som at det blir styrt ovenifra.

Ut i fra avdelingssykepleiernes synspunkter tolker jeg at en kombinasjon av en godt planlagt ”top-down”-styring og en deltagende ”bottom-up”-tilnærming, kan være nødvendig for få til en vellykket implementering av ernæringsstrategien. Det er kun én av informantene som mener at en slik implementering kan innføres nedenfra. Også denne informanten presiseres betydningen av at deltagerne er motivert for endring.

4.6.4 Holdninger til ernæring som fag

Betydningen av helsepersonells engasjement og interesse for ernæring er blitt fremhevet som en viktig fremmede faktor i ernæringsarbeidet. I Helse Bergen har det vært fokus på dette i innføringen av ernæringsstrategien: ”... og da er engasjementet og entusiasmen en viktig nøkkelfaktor altså”. Avdelingssykepleierne synes også å mene at personlig interesse har betydning for hvordan arbeidet prioriteres:

Altså det er litt personavhengig hvilken interesse en har.(...) Det er veldig sånn personavhengig, noen opplever det som veldig interessant og synes at det er viktig, mens andre ... det blir kanskje en av de tingene de prioriterer ned.

Én av avdelingssykepleierne beskriver ernæringsarbeid forskjellig fra annet arbeid man er pålagt å gjøre: ”...jeg tror at ernæring fortsatt er sånn og at ... noen velger det og noen velger det ikke” og at ernæringsarbeidet baserer seg mer på tro og egne erfaringer:

Jeg må bare si det er jo litt sånn ... Altså i spesialisthelsetjenesten (...) det er jo veldig mange individualister som gjør som de vil. (...) Men skal du starte et fly og kjøre et fly så er det ikke snakk om, så altså da følger du det - enten eller. Men her gjør vi litt som vi har erfart og det vi leste sist og det ... ja. Det er mange som gjør det de tror er best.

Avdelingssykepleierne beskriver her at ernæringsfaget skiller seg fra andre fagfelt når det gjelder kravet til faglig begrunnelse og kunnskapsbasing. Mye av det ernæringsarbeidet som gjøres baseres på personlige holdninger og erfaringer. Det vektlegges også at de som skal være pådrivere og ressurspersoner på avdelingen, skal være entusiastiske til ernæring. Hva legger sykepleierne i dette og hvilken betydning får dette den dagen entusiasmen – eller entusiasten – ikke er der lenger? Jeg antar at andre oppgaver, som utdeling av medisiner, sårstell og så videre, ikke baseres på entusiasme?

Det ser også ut til at selv om det er bestemt at ernæring skal satses på fra øverst hold, er dette fagfeltet noe som helsepersonell kan velge bort, uten at det får konsekvenser.

4.7 Fra loggboken til prosjektet i Helse Stavanger

Jeg tar her med noen redigerte utdrag fra loggboken som ble ført underveis i prosjektet i Helse Stavanger. Dette er således ikke å regne som forskningsresultater, men som refleksjoner og betraktninger som ble gjort underveis i prosjektet:

På evalueringsmøtene ble det gitt positive tilbakemeldinger fra sykepleierne om at prosjektet hadde gått bra. Nesten alle pasienter var blitt screenet og det var mye positiv interesse fra annet pleiepersonale i starten. Selve screeningsskjema og hva som defineres som ”alvorlig syk” ble drøftet og prosjektsykepleierne ga konkrete tilbakemeldinger på forslag til forbedring av ernæringsjournalen. Det ble også diskutert hvordan dataene skulle lagres.

Tilbakemeldingen fra avdelingssykepleierne var også at selve prosjektgjennomføringen gikk bra. I følge prosjektsykepleierne tok det kun tre minutter å screene én pasient og at dette var raskere enn de først hadde trodd. Det ble også registrert at flere pasienter ble oppdaget å være i ernæringsmessig risiko enn de ville funnet uten screeningen.

Litt ut i prosjektperioden merket imidlertid sykepleierne at de måtte ”mase” mer på eget personale for å få dem til å screene, men at det var forskjell på faste og vikarer. En vikar hadde sagt: ”Jeg er her jo bare i dag, så jeg trenger vel ikke screene?”. Det var også vanskelig å motivere personalet til å screene pasienter som ”opplagt” ikke var i faresonen. Det ble påpekt at usikkerhet knyttet til utfylling av ”ernæringsjournalen” var en hemmende faktor, at noen av spørsmålene var misvisende og at skjemaet kunne vært mer brukervennlig. Det var ellers mye fokus på at det var tungvint å kun ha screeningskjemaet i papirform og at det burde gjøres tilgjengelig elektronisk. En fremmede faktor i prosjektet i Helse Stavanger kan ha vært at prosjektleder var nesten daglig i kontakt med sykepleierne som var med i prosjektet og således fulgte dem tett opp. Travelheten i avdelingen ble trukket frem som en hemmende faktor.

Prosjektsykepleiernes beregninger etter screeningen viste følgende: På sengeposten ble 86 % av de nye pasientene screenet. Av disse hadde 27 % av pasientene en risikoscore på 3 eller mer, altså i ernæringsmessig risiko. På poliklinikken, der 73 % av pasientene ble screenet, hadde 7 % en score på 3 eller mer.

I evalueringen fra avdelingene ble prosjektsykepleiernes oppgave som ”opp-passere” og ”motivatorer” vektlagt som en fremmede faktor, og at det var viktig å ha støtte i avdelingsledelsen for å kunne ha denne rollen.

5 Diskusjon

5.1 Hovedfunn

Jeg vil her presentere hovedfunnene i min undersøkelse om hva avdelingssykepleierne mener virker hemmende og hva som virker fremmende for å få innført et kartleggingsverktøy for screening av underernæring.

Toppledelsens engasjement og fokus er avgjørende for vellykket implementering av ernæringsstrategi. Ernæringsarbeidet bærer preg av uklar ansvarsfordeling. Det er i stor grad sykepleierne og ikke legene som tar ansvar for ernæringsbehandlingen. Ledelsesutfordringene synes særlig å være blant nivå 2 ledere, der noen fungerer som en hemmer for videre implementering i organisasjonen. Særlig ser dette ut til å ha betydning for legenes engasjement. Avdelingssykepleierne mener at legene har liten interesse og erfaring med ernæringsfaget og at det er sykepleiernes oppgave å få dem mer interessert. Legenes manglende etterspørsel etter de ernæringsrelaterte dataene som sykepleierne innhenter, demotiverer dem i arbeidet. Sykepleierne gir uttrykk for at verken legene eller pasientene mener at ernæring er viktig i behandlingen, og sykepleierne mener at ernæring er mer pleie enn medisinsk behandling. Avdelingssykepleierne er selv engasjert i ernæringsarbeid og mener at egen motivasjon er viktig, men opplever at det kan være tungt å motivere eget personale. Pasientenes manglende fokus og engasjement i ernæring får konsekvenser for sykepleiernes prioriteringer. Avdelingssykepleierne opplever at ernæringskunnskapene stort sett er tilfredsstillende i egen faggruppe, men at kunnskapsutfordringene er hos legene. De føler også et ansvar for å lære opp legene innen ernæring. Dette får dem til å føle seg mer anerkjent og likestilt med legene. Samarbeid med andre yrkesgrupper og på tvers av avdelingene ønskes, og nettverk etterlyses. Selv om kliniske ernæringsfysiologer er viktige samarbeidspartnere, oppleves de som en gruppe som står på siden av det etablerte behandlingstilbudet. Andre faktorer som personellressurser, utstyr og tid blir mindre vektlagt, men ekstra personellressurser en kortere periode ville fremmet implementering av ernæringsscreeningen. Bedre dokumentasjon av det ernæringsarbeidet som gjøres og tilgang til elektronisk screeningverktøy, virker fremmende for implementeringen. Entusiasme og personlig engasjement vektlegges i utvelgelsen av personell som skal ha ansvaret for

ernæringen. Kravet til faglig begrunnelse skiller seg fra andre fag ved at mye av ernæringsarbeidet baseres på personlige holdninger og erfaringer. Ernæringsarbeid kan ”velges bort”, uten at det får konsekvenser.

5.2 Metoden

Jeg valgte kvalitativ forskningsmetode i denne studien. Styrken ved metoden er at den fokuserer på erfaringer og opplevelser som de deltagende personene har hatt og kan derfor gi nyttig informasjon som kan ha gyldighet for andre. Svakheten er at forskningsdataene baserer seg på et lite materiale og at dette ikke nødvendigvis er representativt. På den annen side ville et tilfeldig utvalg kunne true kunnskapens gyldighet fordi det ikke nødvendigvis har potensial til å belyse den problemstillingen som tas opp.

I Helse Bergen ble det innført en *ernæringsstrategi* (som omfatter mer enn bare screening), mens det i Helse Stavanger var en prosjektperiode der implementeringen av screeningsverktøyet for underernæring ble utprøvd. Dette gjør at avdelingssykepleierne i deler av materialet beskriver to forskjellige ting. Jeg har vært bevisst dette i bearbeidingen av dataene.

Prosjektperioden i Stavanger varte i kun to uker og var nylig avsluttet da intervjuene i Stavanger ble gjort. Implementeringsprosessen i Helse Bergen lå langt tilbake i tid og gjorde at noen av informantene syntes det var vanskelig å huske detaljer rundt dette. I Helse Bergen var det obligatorisk deltagelse i ernæringsstrategien, mens i Helse Stavanger var det frivillig deltagelse i prosjektet. Dette kan ha hatt betydning for hvordan avdelingssykepleierne har vært innstilt til ernæringsarbeid generelt og til implementering av ernæringsscreeningen spesielt.

De to avdelingssykepleierne som ble intervjuet i Helse Stavanger ble naturlig valgt ut i fra at det var deres avdelinger som hadde sagt seg villige til delta i prosjektet. I Helse Bergen ble avdelingssykepleierne spurt om å delta av ernæringskoordinator der. Dette kan ha gjort at informantene i min studie var mer positive til innføring av ernæringssceening enn et mer tilfeldig utvalg ville vært. Det at jeg hadde informanter fra to ulike foretak mener jeg styrker studiens validitet, men gjorde også at det var få informanter ved de to ulike sykehusene.

I Stavanger var én av informantene avdelingssykepleier på en poliklinikk. Forekomsten av underernæring forventes å være lavere der enn på en sengepost. Dette kan ha hatt betydning for forskjellen i svarene i Helse Stavanger og Helse Bergen.

Jeg valgte å intervju avdelingssykepleiere. Svarene ville muligens blitt annerledes hvis jeg hadde intervjuet prosjektsykepleierne som hadde direkte ansvar for selve screeningen eller hvis jeg hadde intervjuet andre ledere, leger, kliniske ernæringsfysiologer eller pasienter som fulgte implementeringen fra sidelinjen. Jeg valgte å intervju avdelingssykepleiere for å få informasjon både om hvordan screeningen hadde foregått på avdelingene og for å få belyst ledelsesperspektivet i implementeringsprosessen. Dette gjør at funnene har gyldighet for avdelingssykepleiernes syn på ledernes, pasientenes og de andre yrkesgruppene rolle i implementering av ernæringscreening, men ikke nødvendigvis for disse andre gruppene sitt eget syn.

Min egen rolle, både at jeg selv er ernæringsfaglig utdannet og at jeg i mange år har jobbet ved ett av sykehusene som var med i studien, kan ha påvirket meg i tolkningen av dataene.

5.3 Resultatet

I denne delen vil jeg diskutere og reflektere rundt hva mine funn betyr relatert til annen litteratur og peke på hva som er kjent, hva som er nytt og hva jeg mener er viktig.

Min studie bekrefter Europarådets rapport (3) og Helsedirektoratets retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2) som slår fast at ledelsens og de ulike helsepersonells engasjement i ernæringsarbeidet har betydning for ernæringsbehandlingen på sykehus. Mens rapportene særlig fokuserer på institusjonsledelsens engasjement og anerkjennelse av ernærings betydning i pasientbehandlingen, viser min studie at avdelingssykepleierne også vektlegger nivå 2 ledelsens engasjement. Dette beskrives også i en tidligere studie gjort på ernæringsstrategien i Helse Bergen (30). Der det er en tydelig forankring i toppledelsen (Helse Bergen) forventes det mer engasjement i ernæringsarbeidet fra nivå 2 ledelsen enn der dette ikke er etablert (Helse Stavanger). Dette viser at det har betydning at implementeringen er toppstyrt, selv om gjennomføringen kan stoppes på vei ned i organisasjonen. Det blir også påpekt at nivå 2 ledelsen har stadig mindre fokus på fag og

mer på økonomi og administrasjon. Legenes manglende engasjement i ernæringsbehandlingen og det faktum at det er det legene etterspør som blir tillagt verdi, viser at legene har en avgjørende rolle i forholdet til ernæringsfagets fremtid. Tradisjonelt har også nivå 2 ledere vært leger, noe som ytterligere bekrefter dette.

Selv om avdelingssykepleierne gir uttrykk for at de er engasjert i ernæringsarbeid, blir de demotivert av legenes manglende engasjement. Særlig det at screeningdataene sykepleierne har samlet inn, ikke blir etterspurt eller fulgt opp av legene i form av diagnosekoding, går utover sykepleiernes motivasjon. Dette bekrefter teorien om at man ikke kan motivere andre til ting man selv er motivert for (22).

Myndighetene hevder at tjenestetilbudet innen klinisk ernæring i spesialisthelsetjenesten er mangelfull og at antall stillinger for kliniske ernæringsfysiologer bør økes (16). Tilgangen på kliniske ernæringsfysiologer i avdelingen har vist å ha effekt på legenes og sykepleiernes fokus på ernæring (10). Likevel er det ingen av informantene som foreslår flere stillinger for kliniske ernæringsfysiologer som en fremmede faktor. På den annen side hevder de at det er viktig at den kliniske ernæringsfysiologen er et kjent ansikt på avdelingen. Hvordan skal dette la seg gjøre i praksis når det finnes så få kliniske ernæringsfysiologer?

Manglende pasientinnflytelse og manglende kunnskap om ernæring i pasientgruppene blir vektlagt i rapportene fra Europarådet og norske myndigheter. Dette blir ikke i samme grad fokusert på av avdelingssykepleierne i min studie. Selv om de presiserer at mange pasienter verken har kunnskap eller forutsetning for å ta vare på egen ernæring, mener de også at dette er noe pasienten selv er ansvarlig for. Dette får også betydning for sykepleiernes prioriteringer. Faktorer som manglende informasjon om tilbudet, kulturelle barrierer, språkbarrierer med mer, blir i liten grad berørt av avdelingssykepleierne i min studie. Betydningen av aktiv samhandling med pasienten i ernæringsrelaterte spørsmål og den betydningen dette har for pasientens innsikt i egen situasjon, blir lite fokusert på av informantene.

Europarådet hevder at utilstrekkelig kunnskap og utdanningsnivå innen ernæring i alle personellgrupper er en barriere i implementeringen av god ernæringspraksis på sykehus. Dette bekrefter også annen litteratur (9). Mine informanter synes imidlertid å mene at ernæringskunnskapene blant sykepleierne stort sett er god. Dette står i kontrast til noe av den praksisen informantene beskriver. Samtidig får jeg inntrykk av at både sykepleierne og

hjelpepleierne utfører mye godt ernæringsarbeid og at de prioriterer dette arbeidet høyt. De gir også inntrykk av å vektlegge erfaringskunnskap i større grad enn forskningsbasert/generalisert kunnskap når det gjelder ernæring og mener at ernæring er mer pleie enn medisinsk behandling. Dette vil jeg tro igjen har betydning for legenes vektlegging av ernæringen.

Tydelig ansvarsfordeling er vist å være en viktig forutsetning for at ernæringsbehandling skal bli en integrert del av behandlingstilbudet (2). Likevel virker det som det er uklare ansvarsforhold i planleggingen og administrasjon av ernæringsbehandlingen ved de to sykehusene. Det mest oppsiktsvekkende i mitt materiale i forhold til ansvarsfordeling, er at det delegeres ned på "lavest mulig nivå". Det er i stor grad sykepleierne og ikke legene som tar ansvar for ernæringsbehandlingen.

Pulveriseringen av ansvar gjør at det hersker stor usikkerhet om hvem som har ansvar for hva. Konsekvensene av pulverisert ansvar i ernæringsbehandling, nemlig at nødvendig oppfølging og iverksetting av tiltak ikke blir fulgt opp, ble allerede beskrevet i "Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner" i 1995 (15). Fremdeles ser dette ut til å være tilfelle ved norske helseforetak. Jeg vil også hevde at dette får betydning for den status og vektleggingen ernæringsarbeidet har.

I den grad delegeringen ikke er personlig eller nedfelt i rutiner, kan man heller ikke snakke om delegering i ordets rette forstand, men å forskyve oppgaver nedover i organisasjonen. Samtidig kan man si at sykepleierne *tar* ansvar for ernæringsbehandlingen. Det det da er snakk om er nærmest en anarkisk prosess (23) der initiativet til endring kommer nedenifra. Dette står i kontrast til den "top-down" strategien som ble valgt i Helse Bergen.

Det diskuteres bruk av billigere arbeidskraft, altså å erstatte "dyre" fagfolk med "billigere" fagfolk, som et tiltak for å møte utfordringene i helsevesenet. Det snakkes om jobb-glidning og større grad av dynamikk i grenseflaten mellom profesjonene. (7). Avdelingssykepleiernes begrunnelse for at hjelpepleierne skal utføre ernæringsscreeningen, synes å være ut fra et ønske om å gi personalet interessante oppgaver som motiverer dem. Det er viktig at både helsemyndighetene, virksomhetsledelsen og den enkelte leder er bevisst i forhold til delegering av arbeidsoppgaver og hvorfor det er hensiktsmessig å gjøre dette. Gjøres det for pasientens eller for profesjonens del og er det faglig begrunnet? Eller for å si det med Ole

Berg sine ord: ”Hva er den kliniske begrunnelsen”? (22). Min påstand er at det ikke ligger faglig begrunnelse bak mye av organiseringen av ernæringsarbeidet.

Den ”vent-og-se” holdningen som beskrives i forhold til å henvise pasienter til klinisk ernæringsfysiolog, forstår jeg som et uttrykk for at leger og sykepleiere mener at ernæringsbehandling ikke krever spesialkompetanse. På den annen side er det en erkjennelse av manglende kompetanse innen ernæring hos sykepleierne når det blir sagt: ”vi har latt det gå alt for lenge mange ganger”. Informantene vektlegger i liten grad behov for undervisning fra klinisk ernæringsfysiolog som er fremmede faktor i ernæringsarbeidet, selv om dette er dokumentert å bedre behandlingen av underernærte pasienter (13).

Mangel på samarbeid mellom ulike faggrupper blir fremhevet som en barriere (3). Dette bekrefter også min studie. I tillegg til disse barrierene, blir flere faktorer belyst av mine informanter. Mangel på personellressurser, tid og utstyr blir ikke fremhevet som de viktigste hemmende faktorene av mine informanter. Samtidig viste en tidligere studie gjort i Helse Bergen (31) at motstanden mot rutinemessig ernæringscreening er knyttet opp mot at personalet allerede har et travelt program. Det at avdelingssykepleierne ikke vektla manglende utstyr som en barriere, kan skyldes det faktum at vekt og høydemåler ble tilført avdelingene, uten omkostninger, i forbindelse med innføringen av ernæringsstrategien i Helse Bergen og prosjektet i Helse Stavanger. Jeg vil derfor anta at manglende utstyr ville vært fremhevet som en hemmende faktor hvis dette hadde manglet. Ekstra personellressurser en kortere periode i implementeringsprosessen, vil være en viktig fremmede faktor.

Manglende dokumentasjon av ernæringsbehandlingen blir beskrevet som en viktig hemmende faktor. Min studie bekrefter dette. En interessant problemstilling er hvorfor så få av pasientene i Helse Bergen fremdeles blir kodet for underernæring. Dette skjer på tross av at sykehuset har innført ernæringsstrategi og at det har vært fokus på koding den senere tid. Dette understreker at ernæring ikke blir tillagt tilstrekkelig verdi i den medisinske behandlingen.

I forhold til hvordan selve implementeringen bør foregå, mener jeg at en kombinasjon av en godt planlagt ”top-down”-styring og en deltagende ”bottom-up”-tilnærming er best for å få til en vellykket implementering. En interessant observasjon er at fokuset på ernæring vedvarte etter at prosjektperioden i Stavanger var over. Dette bekrefter at teorien om det naturlige organisasjonsperspektivet der organisasjonene ”vokser og gror” har gyldighet (23). Noen

sykepleiere valgte også å fortsette å screene på eget initiativ etter at prosjektperioden var over. Dette bekrefter teorien om at anarkiske prosesser med flytende deltagelse, også er betydningsfulle og at medarbeidere langt ned i organisasjonen kan påvirke hva som blir implementert (23).

I tillegg til disse barrierene, vektlegger sykepleierne helsepersonells personlige interesse og entusiasme for ernæring som en viktig faktor i ernæringsarbeidet. Jeg oppfatter dette som noe annet enn *engasjement* for *ernæringsbehandling*. Mitt spørsmål er hvilken type interesse vi egentlig snakker om? Er det en faglig eller personlig - eller til og med en privat interesse? Og hvilken betydning har dette for statusen og omdømmet til ernæring som fag? Min refleksjon rundt dette er at det kan synes som at ernæring ikke betraktes som *fag*. Alle spiser mat hver dag – flere ganger om dagen – og er således ”eksperter” på mat. Hva vi spiser er også i høyeste grad en personlig sak og blir i en slik sammenheng ikke assosiert med fag. Vikaren som sa: ”Jeg er her jo bare i dag, så jeg trenger vel ikke screene?” viste kanskje noe av denne holdningen – at ernæringen ikke er en integrert del av den øvrige behandlingen. Det skal her sies at det at helsepersonell er entusiastiske og engasjerte i det arbeidet de gjør, selvfølgelig er en god ting. Men skal utvelgelsen av personell til bestemte oppgaver innen behandling og pleie foregå på et slikt grunnlag? Hva skjer da når entusiasmen eller entusiasten ikke er der lenger? Kan det i så fall være en direkte hemmende faktor fordi fagligheten undergraves? Det er naturlig å spørre seg om rekruttering av helsepersonell på andre fagområder, som for eksempel innen insulinbehandling og hygiene, blir foretatt slik?

De fleste yrkesgrupper har en egen identitet knyttet til sitt fag. Klinisk ernæring i sykehusvesenet representerer et ”nytt” fag, men som på mange områder opererer på legenes og sykepleiernes arena. Sykehusvesenet har tradisjonelt vært styrt av leger (medikratiet). Andre fag som odontologien og farmakologien har også hatt sin naturlige plass og autoritet i helsevesenet og etter hvert har også sykepleien fått en slik plass (22). Kan ernæringsfysiologien oppfattes som en konkurrent til medisins- og pleiefagene og derfor bli møtt med skepsis?

Samtidig er det nå klare tendenser til endringer når det gjelder vilje til tverrfaglig samarbeid – innen alle yrkesgrupper – noe som jeg håper og tror vil øke den gjensidige forståelsen og samarbeidet, også innen ernæringsfaget.

5.4 Diskusjon av konsekvenser og implikasjoner

Sykehusledelsen og fagprofesjonene må anerkjenne ernærings betydning i pasientbehandlingen. Dette vil kreve en annen type engasjement fra ledelsen og en markant holdningsendring til ernæring som fag. Den medisinskfaglige og økonomiske betydningen underernæring har, bør kommuniseres ut til helseforetakenes ansatte. Det kan synes som det er et krevende og systematisk arbeid som må til for å få implementert ernæringsstrategi på sykehus. Dette er et ansvar helseforetakledelsen må ta.

5.5 Anbefalinger

- Ledelsen ved helseforetakene bør nyttiggjøre seg sykepleiernes engasjement i ernæringsarbeid og støtte dem i arbeidet med å få ernæringscreeningen implementert. For å få dette til, må ernæringsarbeidet løftes opp ved at ledelsen ansvarliggjør de ulike faggruppene og lager retningslinjer for hvordan ernæringsarbeidet skal være i linjen.
- En tydeliggjøring av grensene mellom hva som defineres som behandling, pleie og service innen ernæring, vil øke bevisstheten og ansvarliggjøre helsepersonell som jobber med ernæring. Ernæringsbehandling må integreres i det øvrige behandlingstilbudet.
- Det bør innføres kvalitetsindikatorer for å måle kvaliteten av det tjenestetilbudet som gis i helseinstitusjonene for behandling av underernæring.
- Kompetansen og kunnskapsnivået innen ernæring hos relevant helsepersonell bør kartlegges og kvalitetssikres og behandlings- og tjenestetilbudet innen klinisk ernæring bør styrkes.
- Det anbefales videre forskning på hva ledere på ulike nivå og leger, sykepleiere, kliniske ernæringsfysiologer og pasienter mener virker hemmende og fremmende på implementering av ernæringscreening for underernæring, slik at vi kan få en utvidet forståelse av hvordan barrierene for innføring av god ernæringspraksis kan overvinnes.

6 Konklusjon

Organisasjonen må ta inn over seg at deler av ernæringsarbeidet er medisinsk behandling. Ledelsen må nyttiggjøre seg kunnskapen om hvilke faktorer som fremmer implementering av screeningverktøy og sette det i system. Omstillingsprosesser fordrer velstrukturerte planer, god organisering og langsiktig oppfølging.

Denne studien viser at ledelsens fokus og engasjement, både på toppnivå og nivå 2, er grunnleggende for å få implementert screeningverktøy for underernæring på sykehus. Tydelig ansvarsfordeling i ernæringsbehandlingen er en forutsetning for vellykket implementering. Etterspørsel og engasjement i ernæringsarbeidet blant legene virker motiverende på pleiepersonellet. Kunnskap om ernæringsfaget må styrkes og tjenestetilbudet innen klinisk ernæring må økes. Tverrfaglig samarbeid, medvirkning fra pasientene og bedre og enklere dokumentasjon av ernæringsrelaterte data, fremmer ernæringsbehandlingen.

Det er et ledelsesansvar, både på foretaksnivå og på avdelingsnivå, å fokusere på ernæring som *fag* og derav ansvarliggjøre hver enkelt medarbeider i forhold til dette. Det er behov for dyktige fagfolk innen medisin, pleie og klinisk ernæring som sammen kan løfte ernæringsfaget dit det hører hjemme – som en integrert del av øvrig medisinsk behandling.

Litteraturliste

1. *St.prp.nr 1 (2006-2007). Nasjonal Helseplan 2007 - 2010*. s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.
2. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo : Helsedirektoratet, 2009.
3. *Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition*. Strasbourg : Council of Europe Publishing, 2002.
4. **Juul, Hanne J.** Eksamen i kostnad - nytte analyse. *Forebygging og behandling av underernæring - potensial for kostnadsbesparelser?* Oslo : Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2010.
5. *Når matinntaket blir for lite....* Oslo : Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
6. **Stratton RJ, Elia M, Green CJ.** *Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment*. Wallingford, United Kingdom : CABI publishing, 2003.
7. **Juul, Hanne J.** Eksamen i samfunnsmedisin. *Etterspørsel etter helsetjenester*. Oslo : Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2010.
8. *Näringsproblem i vård och omsorg - prevention och behandling. SoS-rapport*. Stockholm : Socialstyrelsen Sverige, 2000. ISBN: 91-7201-480-6.
9. **Mowe M, Boseaeus I, Rasmussen HH et al.** Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*. 2006, 25: 524-32.
10. **Thoresen, L, Rothenberg, E og Beck, AM et al.** Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2008, 21: 239-47.
11. **Rasmunnsen HH, Kondrup J, Staun M et al.** A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clinical Nutrition*. 2006, 25: 515-23.
12. *Utkast til Kosthåndboken - veileder for ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten*. Oslo : Helsedirektoratet, 2010. Versjon 13.
13. **Kennelly s, Kennedy NP, Rughoobur GF et al.** An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2010, 1-8.
14. **Molven, Olav.** *Helse og jus. En innføring for helsepersonell*. Oslo : Gyldndal Nosk Forlag AS, 2009. ISBN 978-82-05-39430-8.

15. **Statens ernæringsråd.** *Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner.* Oslo : Universitetsforlaget, 1995. ISBN 82-00-41917-7.
16. *Ernæring i helsetjenesten.* Oslo : Sosial- og helsedirektoratet, 2007. IS-1424.
17. *Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011).* Oslo : Departementene, 2007.
18. **Brotherton, A.** Driving improvements in nutritional care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics.* 2010, 23: 557-58.
19. **Grol R, Wensing M, Eccles M.** *Improving Patient Care. The implementation of change in clinical practice.* Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto : Elsevier Limited, 2005. ISBN 9780 7506 8819 2.
20. **Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA et al.** *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.* Tampa : University of South Florida, 2005.
21. **Fjalestad, J.** Implementering av omstilling - enkelt men vanskelig. [Internett] September 2006. [Sitert: 27.09.10 September 2010.] <http://www.fjalestad.no/Resources/Implementering.pdf>.
22. **Berg, Ole.** HADM4101 Ledelse - forelesningsnotater. Oslo : Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2009.
23. **Egeberg, Morten.** *Organisasjoners utforming i offentlig virksomhet.* Otta : Aschehoug/Tanum-Norli, 1984. ISBN 82-518-2016-2.
24. **Nordby, Gudmund.** HADM 4101 - Ledelse. *Forelesningsnotater.* Oslo : Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2009.
25. **Strand, Torodd.** *Ledelse, organisasjon og kultur.* Bergen : Fagbokforlaget, 2007. ISBN 978-82-450-0424-3.
26. **Busch, Tor, Johnsen, Erik og Vanebo, Jan Ole.** *Endringsledelse i det offentlige.* Oslo : Universitetsforlaget, 2003. ISBN-13: 978-82-15-00464-8. ISBN-10: 82-15-00464-4.
27. **Walker AE, Grimshaw J, Johnston M et al.** PRIME - PRocess modelling in ImpleMEntation research: selecting a theoretical basis for intervention to change clinical practice. *BMC Health Services Research.* 2003, 3:22.
28. Om ernæringsstrategien. [Internett] 30 06 2010. [Sitert: 04 10 2010.] <http://www.helsebergen.no/fagfolk/temasider/erneringsstrategi/Sider/om-erneringsstrategien.aspx>.
29. **Helse Bergen.** *God ernæringspraksis - Retningslinjer for ernæringsbehandling i Helse Bergen HF.* Bergen : Helse Bergen, 2007.

30. **Corwin, L.** *Factors and Processes that Facilitate Collaboration In a Complex Organisation: A Hospital Case Study*. Bergen : Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen, 2009.
31. **Gjessing, H.** *Implementation of nutritional screening in the Department of Cardiology at Haukeland University Hospital*. Bergen : Universitetet i Bergen, 2007/ 2008.
32. **Irtun Ø, Mowé M, Guttormsen AB et al.** God ernæringspraksis - vurdering av ernæringsmessig risiko. Oslo/ Bergen/ Trondheim/ Tromsø : Fresenius Kabi Norge AS, 2010. 3.
33. **Malterud, K.** *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo : Universitetsforlaget, 2003. ISBN 978-82-15-00275-0.
34. **Kondrup J, Rasmussen H H, Hamberg O et al.** Nutrition Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*. 2003, Vol. 22, 3: 321-36.
35. **Kondrup J, Allison SP, Eleia M et al.** ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*. 2003, Vol. 22, 4: 415-21.
36. **Frich, JC.** Kvalitative studier. [Internett] 2007. [Sisert: 27 10 2010.] http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1598872.
37. **Swift, JA og V, Tischler.** Qualitative research in nutrition and dietetics: getting started. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2010, 23: 559-66.

Vedlegg:

1. Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002)
2. Ernæringsjournal for avdeling, Helse Stavanger
3. Ernæringsjournal for poliklinikk, Helse Stavanger
4. Intervjuguide
5. Brev fra Personvernombudet for forskning,
Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS
6. Informasjonsskriv til informantene



Bakgrunn

Underernæring er hyppig forekommende hos hospitaliserte pasienter. Opptil 30 % av innlagte i sykehus er i ernæringsmessig risiko, og flere studier har vist at ernæringsstatus kan forverres under sykehusoppholdet. Dette er assosiert med økt morbiditet og mortalitet¹⁾.

For å forebygge underernæring i sykehus har Europarådet kommet med anbefalinger som blant annet inkluderer screening av den enkelte pasients ernæringsmessige risiko. Metoden for screening bør ta hensyn til både ernæringsstatus og sykdommens alvorlighetsgrad²⁾.

En spørreundersøkelse gjennomført for å kartlegge holdninger, praksis og kunnskaper i klinisk ernæring blant 2000 leger, 2000 sykepleiere og alle kliniske ernæringsfysiologer i Norge, viser at alle tre faggruppene ønsker et verktøy for å kunne vurdere ernæringsstatus og for å kunne gi optimal ernæringsbehandling³⁾.

Med dette som bakgrunn har vi laget denne folderen som inneholder screeningsverktøy for vurdering av ernæringsmessig risiko samt grunnleggende informasjon for planlegging av ernæringsbehandlingen.

Oslo/Bergen/Trondheim/Tromsø 18.01.06
Arbeidsgruppen for enteral og parenteral ernæring

Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002)⁴⁾

Innledende screening

| | | JA | NEI |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----|-----|
| 1 | Er BMI < 20,5? | | |
| 2 | Har pasienten tapt vekt i løpet av de siste ukene? | | |
| 3 | Har pasienten hatt redusert næringsinntak de siste ukene? | | |
| 4 | Er pasienten alvorlig syk. | | |
| Ja: Dersom svaret er JA på noen av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen på neste side. Nei: Dersom svaret er NEI på alle svarene, gjennomføres innledende screening ukentlig. Dersom pasienten skal gjennomgå planlagt større kirurgi, skal en forebyggende ernæringsplan vurderes for å unngå assosiert ernæringsrisiko. | | | |

3

Hovedscreening – vurdering av risikograd

| Score | Ernæringstilstand | Score | Sykdommens alvorlighetsgrad |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | Normal ernæringstilstand | 0 | Ikke syk |
| 1 | Vekttap > 5% siste 3 måneder eller Matinntak 50-75% av behov siste uke. | 1 | En pasient med kronisk sykdom eller en pasient som har gjennomgått et mindre kirurgisk inngrep. Studier er gjort på pasienter med levercirrose, nyresvikt, kronisk lungesykdom, kreftpasienter, pasienter med collum femoris fraktur, etter cholecystectomi og laparoskopiske operasjoner. |
| 2 | Vekttap > 5% siste 2 måneder eller BMI 18,5 - 20,5 + redusert allmentilstand eller Matinntak 25-50% av behov siste uke | 2 | En pasient med tydelig redusert allmentilstand pga sin sykdom. Studier er gjort på pasienter med alvorlig pneumoni, inflammatorisk tarmsykdom med feber, akutt nyresvikt, større kirurgiske inngrep som kolektomi og gastrektomi, ileus, anastomoselekkasje og gjentatte operasjoner. |
| 3 | Vekttap > 5% siste måned (> 15% siste 3 måneder) eller BMI < 18,5 + redusert allmentilstand eller Matinntak 0-25% av behov siste uke. | 3 | En pasient som er alvorlig syk. Studier er gjort på pasienter med store apopleksier, alvorlig sepsis, intensivpasienter (APACHE>10), benmargstransplantasjoner, store hodeskader, brannskader > 40 % og alvorlig akutt pancreatitt. |

4

Forklaring til hovedscreening

Ernæringsmessig risiko vurderes på bakgrunn av ernæringstilstand og sykdommens alvorlighetsgrad ved hjelp av tabellen til venstre på følgende måte:

- Pasienten scores fra 0–3 for ernæringstilstand.
- Pasienten scores fra 0–3 for sykdommens alvorlighetsgrad.
- For pasienter eldre enn 70 år legges det til 1 score.
- Dersom summen av scorene blir ≥ 3 , er pasienten i ernæringsmessig risiko og målrettet ernæringsbehandling må iverksettes.
- Dersom summen av scorene blir < 3 , er pasienten ikke i ernæringsmessig risiko. Screeninga gjentas etter en uke.

5

Body Mass Index⁵⁾ BMI = kg/m²

■ < 18 alvorlig undervekt ■ 18-20 undervekt ■ 20-25 ideelvekt ■ > 25 overvekt □ > 30 fedme

Høyde i meter

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1.92 | 8 | 9 | 9 | 10 | 10 | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 15 | 16 | 16 | 17 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | | | | | | | | | | |
| 1.90 | 8 | 9 | 9 | 10 | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 17 | 18 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | | | | | | | | | | |
| 1.88 | 8 | 9 | 10 | 10 | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | | | | | | | | | | |
| 1.86 | 9 | 9 | 10 | 10 | 11 | 12 | 12 | 13 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | | | | | | | | | | | |
| 1.84 | 9 | 9 | 10 | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 18 | 19 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | | | | | | | | | |
| 1.82 | 9 | 10 | 10 | 11 | 11 | 12 | 13 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | | | | | | | | | | | |
| 1.80 | 9 | 10 | 10 | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | | | | | | | | | | |
| 1.78 | 9 | 10 | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | | | | | | | | | |
| 1.76 | 10 | 10 | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | | | | | | | | |
| 1.74 | 10 | 11 | 11 | 12 | 13 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | | | | | | | | |
| 1.72 | 10 | 11 | 11 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 32 | | | | | | | | |
| 1.70 | 10 | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 32 | 33 | | | | | | |
| 1.68 | 11 | 11 | 12 | 13 | 13 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 33 | | | | | | |
| 1.66 | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 33 | 34 | | | | | |
| 1.64 | 11 | 12 | 13 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 33 | 34 | 35 | | | | |
| 1.62 | 11 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 34 | 34 | 35 | 36 | | | |
| 1.60 | 12 | 13 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 34 | 34 | 35 | 36 | 37 | | |
| 1.58 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 34 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| 1.56 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 32 | 33 | 34 | 34 | 35 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | |
| 1.54 | 13 | 13 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 32 | 33 | 33 | 34 | 34 | 35 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |
| 1.52 | 13 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 32 | 33 | 33 | 34 | 34 | 35 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | |
| | 30 | 32 | 34 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44 | 46 | 48 | 50 | 52 | 54 | 56 | 58 | 60 | 62 | 64 | 66 | 68 | 70 | 72 | 74 | 76 | 78 | 80 | 82 | 84 | 86 | 88 | 90 | 92 | 94 | | | | | | | | | | |
| | Vekt i kilo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

6

Utrekning av vekttap (%)

| Vekttap i % | - 5 % | - 10 % | - 15 % | - 20 % |
|-----------------------|-------------------------|--------|--------|--------|
| Vekt før vekttap (kg) | Vekt etter vekttap (kg) | | | |
| 90 | 85,50 | 81,00 | 76,50 | 72,00 |
| 89 | 84,55 | 80,10 | 75,65 | 71,20 |
| 88 | 83,60 | 79,20 | 74,80 | 70,40 |
| 87 | 82,65 | 78,30 | 73,95 | 69,60 |
| 86 | 81,70 | 77,40 | 73,10 | 68,80 |
| 85 | 80,75 | 76,50 | 72,25 | 68,00 |
| 84 | 79,80 | 75,60 | 71,40 | 67,20 |
| 83 | 78,85 | 74,70 | 70,55 | 66,40 |
| 82 | 77,90 | 73,80 | 69,70 | 65,60 |
| 81 | 76,95 | 72,90 | 68,85 | 64,80 |
| 80 | 76,00 | 72,00 | 68,00 | 64,00 |
| 79 | 75,05 | 71,10 | 67,15 | 63,20 |
| 78 | 74,10 | 70,20 | 66,30 | 62,40 |
| 77 | 73,15 | 69,30 | 65,45 | 61,60 |
| 76 | 72,20 | 68,40 | 64,60 | 60,80 |
| 75 | 71,25 | 67,50 | 63,75 | 60,00 |
| 74 | 70,30 | 66,60 | 62,90 | 59,20 |
| 73 | 69,35 | 65,70 | 62,05 | 58,40 |
| 72 | 68,40 | 64,80 | 61,20 | 57,60 |
| 71 | 67,45 | 63,90 | 60,35 | 56,80 |
| 70 | 66,50 | 63,00 | 59,50 | 56,00 |
| 69 | 65,55 | 62,10 | 58,65 | 55,20 |
| 68 | 64,60 | 61,20 | 57,80 | 54,40 |
| 67 | 63,65 | 60,30 | 56,95 | 53,60 |
| 66 | 62,70 | 59,40 | 56,10 | 52,80 |
| 65 | 61,75 | 58,50 | 55,25 | 52,00 |

| Vekttap i % | - 5 % | - 10 % | - 15 % | - 20 % |
|-----------------------|-------------------------|--------|--------|--------|
| Vekt før vekttap (kg) | Vekt etter vekttap (kg) | | | |
| 64 | 60,80 | 57,60 | 54,40 | 51,20 |
| 63 | 59,85 | 56,70 | 53,55 | 50,40 |
| 62 | 58,90 | 55,80 | 52,70 | 49,60 |
| 61 | 57,95 | 54,90 | 51,85 | 48,80 |
| 60 | 57,00 | 54,00 | 51,00 | 48,00 |
| 59 | 56,05 | 53,10 | 50,15 | 47,20 |
| 58 | 55,10 | 52,20 | 49,30 | 46,40 |
| 57 | 54,15 | 51,30 | 48,45 | 45,60 |
| 56 | 53,20 | 50,40 | 47,60 | 44,80 |
| 55 | 52,25 | 49,50 | 46,75 | 44,00 |
| 54 | 51,30 | 48,60 | 45,90 | 43,20 |
| 53 | 50,35 | 47,70 | 45,05 | 42,40 |
| 52 | 49,40 | 46,80 | 44,20 | 41,60 |
| 51 | 48,45 | 45,90 | 43,35 | 40,80 |
| 50 | 47,50 | 45,00 | 42,50 | 40,00 |
| 49 | 46,55 | 44,10 | 41,65 | 39,20 |
| 48 | 45,60 | 43,20 | 40,80 | 38,40 |
| 47 | 44,65 | 42,30 | 39,95 | 37,60 |
| 46 | 43,70 | 41,40 | 39,10 | 36,80 |
| 45 | 42,75 | 40,50 | 38,25 | 36,00 |
| 44 | 41,80 | 39,60 | 37,40 | 35,20 |
| 43 | 40,85 | 38,70 | 36,55 | 34,40 |
| 42 | 39,90 | 37,80 | 35,70 | 33,60 |
| 41 | 38,95 | 36,90 | 34,84 | 32,80 |
| 40 | 38,00 | 36,00 | 34,00 | 32,00 |

7

Ernæringsbehandling i praksis

- Beregn pasientens energi- og proteinbehov.
- Gi pasienten rett type kost. Bestill energi- og næringstett kost til småspiste pasienter. Servér tilstrekkelig antall måltider og unngå mer enn 11 timers faste natten over. Tilpass matens konsistens etter pasientens tilstand.
- Sørg for at pasienten er tilfredsstillende symptomlindret og server maten i appetittstimulerende omgivelser.
- Supplér med næringsdrikker dersom pasienten kan spise, men ikke klarer å dekke næringsbehovet gjennom vanlig mat.
- Dersom pasienten ikke kan spise eller ikke klarer å ta til seg nok næring, startes sondeernæring. Se side 10 for beslutning av sondeplassing. Start forsiktig med 20 ml/time og opptrapping over 1–3 døgn.
- Ved retensjon, kvalme og/eller oppkast reduseres sondeernæringen. Supplér med parenteral ernæring.
- Dersom sondeernæring er kontraindisert eller ikke lar seg gjennomføre gis parenteral ernæring alene.
- Det henvises forøvrig til ESPEN guidelines for Enteral Ernæring under www.espen.org

8

Beregning av energibehov⁶⁾

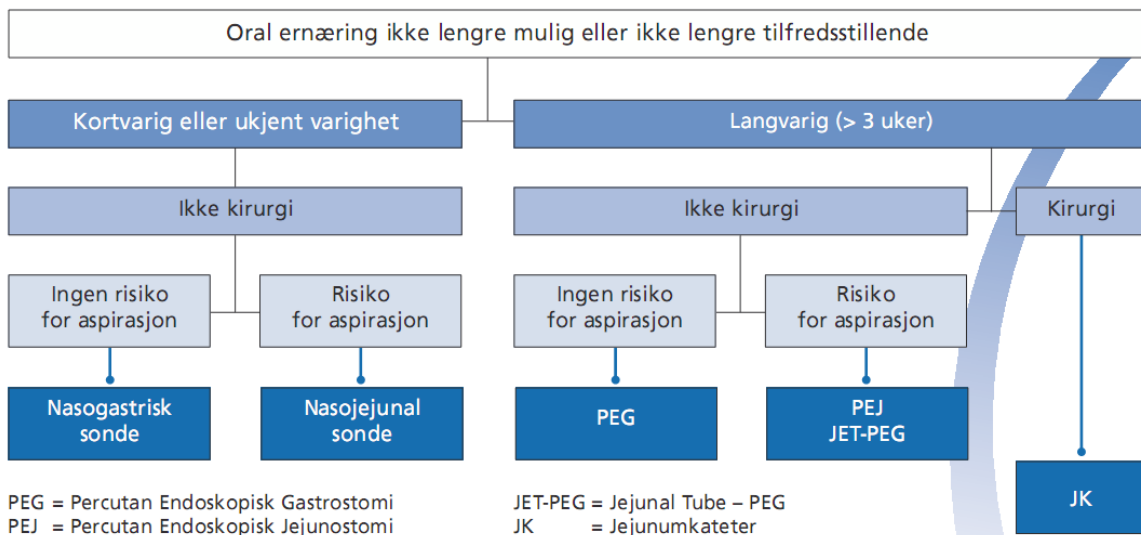
| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Veiledning for beregning av energiforbruk for ulike kategorier pasienter i alderen 30–70 år | |
| Sengeliggende pasient | 29 kcal/kg |
| Oppegående pasient | 33 kcal/kg |
| Pasient i oppbyggingsfase | 40 kcal/kg |
| Korrigerende for beregning av energibehov | |
| Mager | + 10 % |
| Alder 18–30 år | + 10 % |
| Alder over 70 år | ÷ 10 % |
| Adipøs | ÷ 10 % |
| Febril | + 10 % for hver grad temperaturstigning |
| Pasientens energibehov pr. døgn | |

Beregning av proteinbehov⁷⁾

| | |
|------------------------------------------------------------|------------------------|
| Anbefalt daglig proteininntak hos voksne pr. kg kroppsvekt | |
| Friske | 0,75–1,5–1,7 g/kg/døgn |
| Syke | 1,5–2,0 g/kg/døgn |

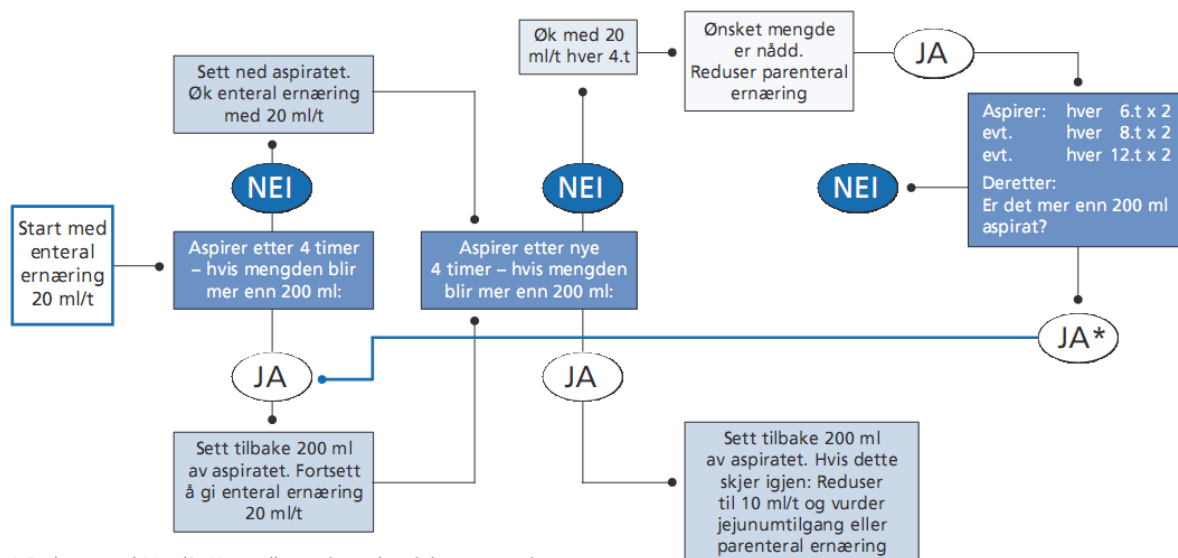
9

Plassering av sonde for enteral ernæring⁸⁾



10

Ernæringsalgoritme^{© 9)}



* Reduser med 20 ml/t. Kontroller aspiratvolum igjen etter 4 timer. Reduser eventuelt videre med 20ml/t i intervaller på 4 timer inntil aspiratvolumet er under 200 ml (ikke publisert kommentar).

11

Nyttige tips for enteral ernæring

- Pasienten har diaré**
 Gi kontinuerlig administrasjon og tilfør løsning med probiotiske melkesyrebakterier (Biola el.l) daglig under antibiotikabehandlingen. 50-100 ml 2-4 ganger pr dag er en passende dose.
- Pasienten har obstipasjon**
 Årsaken er vanligvis for lavt væskeinntak og/eller fiberinntak. Gi daglig minst 30 ml væske/kg kroppsvekt og 3 g fiber/250 kcal. Anbefalt inntak for voksne er 25-35 g fiber/dag¹⁰⁾. Fiberinntaket bør økes gradvis.
- Pasienten har ventrikkelretensjon**
 Vurder å gi motilitetsregulerende legemiddel. Gi mindre bolusvolum pr. måltid eller gå over til kontinuerlig tilførsel. Plasser sondespissen i duodenum/jejunum. Ved plassering av sonden i tyntarm, må sondeløsningen gis kontinuerlig med pumpe for å unngå diaré. Start med infusjonshastighet 20 ml/t og øk gradvis til 100-125 ml/t over 3-4 dager.

12

Oppstart av parenteral ernæring

Pasientens evne til å eliminere fett og metabolisere glukose bestemmer infusjonshastigheten. Vanlig infusjonstid er 12–24 timer. Kvalme, oppkast, svetting og hyperglykemi kan være tegn på for høy infusjonshastighet.

Doseringen er individuell og posestørrelse velges ut fra pasientens kliniske tilstand, kroppsvekt og ernæringsbehov. Husk alltid å tilsette vitaminer og sporelementer.

Ved behov for parenteral ernæring med varighet kortere enn 1 uke kan perifer vene benyttes. Infusjonsløsningen må da ha osmolalitet lavere enn 1100 mosmol/kg. Ved behov for parenteral ernæring i mer enn 1 uke benyttes SVK.

| Dag 1 | Dag 2 |
|---------------------------|----------------------------|
| 50–75 % av utregnet behov | 75–100 % av utregnet behov |

Hos underernærte pasienter kan oppstart av parenteral ernæring medføre overbelastningssymptomer (refeeding syndrome) med en rask endring av væskebalansen, hypofosfatemi, hypokalemi, utvikling av lungeødem og hjertesvikt. Langsom opptrapping over 3–5 dager anbefales derfor.

| Dag 1 | Dag 2 | Dag 3 |
|------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 50 % av utregnet behov | 60–70 % av utregnet behov | 100 % av utregnet behov |

13

Håndtering av ernæringsprodukter

- Kontrollér alltid posens innhold og utløpsdato før bruk.
- Vask og tørk hendene grundig før du åpner ernæringsposen/infusjonsposen.
- Sørg for at omgivelsene er rene.
- Bruk ren teknikk ved tilkobling av ernæringssett/infusjonssett til ernæringsposen/infusjonsposen.

Enteral ernæring

- Ernæringsposen kan henge 24 timer i romtemperatur.
- Ernæringssettet skal skiftes minst en gang i døgnet.
- Ernæringssonde skal skylles mellom hvert måltid.

Parenteral ernæring

- Gjør nødvendige tilsetninger av vitaminer, mineraler og sporelementer til parenteral ernæringspose.
- Infusjonsposen må benyttes innen ett døgn.

14

Referanser

- ¹⁾ COUNCIL OF EUROPE. Food and Nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Reports and recommendations of the Committee of Experts on nutrition, food safety and consumer protection. ISBN 92-871-5053-2.
- ²⁾ COUNCIL OF EUROPE. COMMITTEE OF MINISTERS. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals www.coe.int/Committee of Ministers Simple Search: Keyword: ResAP(2003)3. Search periode: 2003.
- ³⁾ M. Mowe, I. Bosaeus, HH. Rasmussen, J. Kondrup, M. Unosson, Ø. Irtun. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. Clin Nutr. 2006 Jun;25(3): 524-32. Erratum in Clin Nutr. 2006 Dec;25(6):1040.
- ⁴⁾ J. Kondrup, S.P. Allison, M. Elia, B. Vellas, M. Plauth. ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002. Clinical Nutrition 2003;22:415-421.
- ⁵⁾ Joint FAO/WHO/UNU Expert consultation report. Energy and protein requirements. Technical report Series 724. Geneva: WHO, 1985.
- ⁶⁾ Statens Ernæringsråds Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Universitetsforlaget 1995. ISBN 82-00-41917-7.
- ⁷⁾ Sauerwein, HP and Romijn, JA (2001) «Adult macro-nutrient requirements» in Payne-James, J., Grimble, G., Silk, D. (ed) (2001); Artificial nutrition in Clinical practice Greenwich medical Media Limited, London.
- ⁸⁾ C. Löser et al. ESPEN Guidelines on artificial enteral nutrition – Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clinical Nutrition 2005;24:848-861
- ⁹⁾ Woien H, Bjork IT. Nutrition of the critically ill patient and effects of implementing a nutritional support algorithm in ICU. J Clin Nurs. 2006 Feb;15(2):168-77.
- ¹⁰⁾ Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2004. Nord 2004:013. ISBN 92-893-1062-6.

15

Utarbeidet av arbeidsgruppen for enteral og parenteral ernæring

Professor, overlege, dr.med. Øivind Irtun, Universitetssykehuset Nord-Norge
Seksjonsoverlege, dr.med. Morten Mowé, Aker Universitetssykehus
Overlege, dr.philos Anne Berit Guttormsen, Haukeland Universitetssykehus
Intensivsykepleier, cand.san., Hilde Wøien, Rikshospitalet
Klinisk ernæringsfysiolog, cand.scient, Lene Thoresen, St.Olavs Hospital

Med støtte fra Fresenius Kabi Norge AS



God ernæringspraksis - Journalark

| VURDERING AV ERNÆRINGSMESSIG RISIKO | | Før innleggelse | Ved innleggelse | Under oppholdet | Under oppholdet | Under oppholdet |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Dato/signatur | | | | | | |
| Vekt (kg) (A = vurdert, B = veid) | | | | | | |
| Høyde (m) | BMI | | | | | |
| INNLEDENDE SCREENING: (x1/uke) | | | | | | |
| Er BMI < 20.5? (Ja/Nei) | | | | | | |
| Har pasienten tapt vekt siste ukene? (Ja/Nei) | | | | | | |
| Har pas hatt redusert næringsinntak siste ukene? (Ja/Nei) | | | | | | |
| Er pasienten alvorlig syk? (Ja/Nei) | | | | | | |
| Angi evt. spise-/fordøyelsesproblem, ødem, stråleskade, allergi/intoleranse: | | | | | | |
| Dersom svaret er JA på et eller flere av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen nedenfor. Dersom svaret er NEI på alle disse spørsmålene, gjennomføres innledende screening ukentlig. | | | | | | |
| HØVEDSCREENING (se bakside for veiledning): | | | | | | |
| Score for ernæringstilstand (gi score 0-3) | | | | | | |
| Score for sykdommens alvorlighetsgrad (gi score 0-3) | | | | | | |
| Er pas over 70 år? Gi 1 tilleggsscore | | | | | | |
| Total score for ernæringsmessig risiko | | | | | | |
| HVIS SAMLET SCORE ≥ 3 → LAG ERNÆRINGSPLAN | | | | | | |
| Dato/ signatur | | | | | | |
| Mål med ernæringsplanen A = vedlikeholde ernæringstilstand B = forbedre ernæringstilstand | | | | | | |
| Ordinasjon av (kryss av): | | | | | | |
| Kostregistrering | | | | | | |
| Energi- og næringstett kost (EN) | | | | | | |
| Næringsdrikk/ tilskudd | | | | | | |
| Sondeernæring | | | | | | |
| Parenteral ernæring | | | | | | |
| Henvvisning klinisk ernæringsfysiolog | | | | | | |
| OPPFØLGING OG MONITORERING | | | | | | |
| Dato/ signatur | | | | | | |
| Vekt | | | | | | |
| BMI | | | | | | |
| Beregnet energibehov | | | | | | |
| Energiinntak per os | | | | | | |
| Energiinntak enteral ernæring | | | | | | |
| Energiinntak parenteral ernæring | | | | | | |
| Totalt energinntak | | | | | | |
| Dagens energidifferanse | | | | | | |
| UTSKRIVNING | | | | | | |
| Dato/ signatur | | Gi ICD 10-kode: E46 Protein-/ energiunderernæring til pasienter med score ≥ 3 som har fått ernæringsbehandling under oppholdet. | | | | |

Veiledning

Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002)

Innledende screening

| | | JA | NEI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----|-----|
| 1 | Er BMI < 20,5? | | |
| 2 | Har pasienten tapt vekt i løpet av de siste ukene? | | |
| 3 | Har pasienten hatt redusert næringsinntak de siste ukene? | | |
| 4 | Er pasienten alvorlig syk? | | |
| Ja Dersom svaret er JA på noen av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen på neste side. Nei Dersom svaret er NEI på alle svarene, gjennomføres innledende screening ukentlig. Dersom pasienten skal gjennomgå planlagt større kirurgi, skal en forebyggende ernæringsplan vurderes for å unngå assosiert ernæringsrisiko. | | | |

Noter også ernæringsrelaterte data som spise-/fordøyelsesproblem, f.eks.: tannproblemer, tygge/svelgeproblem, munntørhet/munnsårhet, kvalme/ oppkast, forstoppelse/diaré ødem, stråleskade, allergi/intoleranse osv.

Hovedscreening- vurdering av risikograd

| Score | Ernæringsstilstand | Score | Sykdommens alvorlighetsgrad |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | Normal ernæringsstilstand | 0 | Ikke syk |
| 1 | Vekttap>5% siste 3 måneder eller Matinntak 50-75% av behov siste uke | 1 | En pasient med kronisk sykdom eller en pasient som har gjennomgått et mindre kirurgisk inngrep. Studier er gjort på pasienter med levercirrose, nyresvikt, kronisk lungesykdom, kreftpasienter, pasienter med collum femoris fraktur, etter cholecystectomi og laparoskopiske operasjoner. |
| 2 | Vekttap>5% siste 2 måneder eller BMI 18.5-20.5 + redusert allmenntilstand eller Matinntak 25-50% av behov siste uke | 2 | En pasient med tydelig redusert allmenntilstand pga sin sykdom. Studier er gjort på pasienter med alvorlig pneumoni, i inflammatorisk tarmsykdom med feber, akutt nyresvikt, større kirurgiske inngrep som kolektomi og gastrektomi, ileus, anastomoselekkasje og gjentatte operasjoner. |
| 3 | Vekttap>5% siste måned (>15% siste 3 måneder) eller BMI < 18.5 + redusert allmenntilstand eller Matinntak 0-25% av behov siste uke | 3 | En pasient som er alvorlig syk. Studier er gjort på pasienter med store apopleksier, alvorlig sepsis, intensivpasienter (APACHE>10), benmargstransplantasjoner, store hodeskader, brannskader>40% og alvorlig akutt pancreatitt. |

Forklaring til hovedscreening

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ernæringsmessig risiko vurderes på bakgrunn av ernæringsstilstand og sykdommens alvorlighetsgrad ved hjelp av tabellen over på følgende måte: |
| <ul style="list-style-type: none"> Pasienten scores fra 0-3 for ernæringsstilstand. |
| <ul style="list-style-type: none"> Pasienten scores fra 0-3 for sykdommens alvorlighetsgrad. |
| <ul style="list-style-type: none"> For pasienter eldre enn 70 år legges det til 1 score. |
| <ul style="list-style-type: none"> Dersom summen av scorene blir ≥ 3, er pasienten i ernæringsmessig risiko og målrettet ernæringsbehandling må iverksettes. |
| <ul style="list-style-type: none"> Dersom summen av scorene blir < 3, er pasienten ikke i ernæringsmessig risiko. Screeningene gjentas etter en uke. |



God ernæringspraksis - Journalark

| VURDERING AV ERNÆRINGSMESSIG RISIKO | | 1. gang | 2. gang | 3. gang | 4. gang | 5. gang |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Dato/signatur | | | | | | |
| Vekt (kg) (A = vurdert, B = veid) | | | | | | |
| Høyde (m) | BMI | | | | | |
| INNLEDENDE SCREENING: (x1/uke) | | | | | | |
| Er BMI < 20.5? (Ja/Nei) | | | | | | |
| Har pasienten tapt vekt siste ukene? (Ja/Nei) | | | | | | |
| Har pas hatt redusert næringsinntak siste ukene? (Ja/Nei) | | | | | | |
| Er pasienten alvorlig syk? (Ja/Nei) | | | | | | |
| Angi evt. spise-/fordøyelsesproblem, ødem, stråleskade, allergi/intoleranse: | | | | | | |
| Dersom svaret er JA på et eller flere av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen nedenfor. Dersom svaret er NEI på alle disse spørsmålene, gjennomføres innledende screening ukentlig. | | | | | | |
| HØVEDSCREENING (se bakside for veiledning): | | | | | | |
| Score for ernæringstilstand (gi score 0-3) | | | | | | |
| Score for sykdommens alvorlighetsgrad (gi score 0-3) | | | | | | |
| Er pas over 70 år? Gi 1 tilleggsscore | | | | | | |
| Total score for ernæringsmessig risiko | | | | | | |
| HVIS SAMLET SCORE ≥ 3 → LAG ERNÆRINGSPLAN | | | | | | |
| Dato/ signatur | | | | | | |
| Mål med ernæringsplanen A = vedlikeholde ernæringstilstand B = forbedre ernæringstilstand | | | | | | |
| Ordinasjon av (kryss av): | | | | | | |
| Kostregistrering | | | | | | |
| Energi- og næringstett kost (EN) | | | | | | |
| Næringsdrikk/ tilskudd | | | | | | |
| Sondeernæring | | | | | | |
| Parenteral ernæring | | | | | | |
| Henvvisning klinisk ernæringsfysiolog | | | | | | |
| OPPFØLGING OG MONITORERING | | | | | | |
| Dato/ signatur | | | | | | |
| Vekt | | | | | | |
| BMI | | | | | | |
| Beregnet energibehov | | | | | | |
| Energiinntak per os | | | | | | |
| Energiinntak enteral ernæring | | | | | | |
| Energiinntak parenteral ernæring | | | | | | |
| Totalt energiiinntak | | | | | | |
| Dagens energidifferanse | | | | | | |
| UTSKRIVNING | | | | | | |
| Dato/ signatur | | Gi ICD 10-kode: E46 Protein-/ energiunderernæring til pasienter med score ≥ 3 som har fått ernæringsbehandling under oppholdet. | | | | |

Veiledning

Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002)

Innledende screening

| | | JA | NEI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----|-----|
| 1 | Er BMI < 20,5? | | |
| 2 | Har pasienten tapt vekt i løpet av de siste ukene? | | |
| 3 | Har pasienten hatt redusert næringsinntak de siste ukene? | | |
| 4 | Er pasienten alvorlig syk? | | |
| Ja Dersom svaret er JA på noen av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen på neste side. Nei Dersom svaret er NEI på alle svarene, gjennomføres innledende screening ukentlig. Dersom pasienten skal gjennomgå planlagt større kirurgi, skal en forebyggende ernæringsplan vurderes for å unngå assosiert ernæringsrisiko. | | | |

Noter også ernæringsrelaterte data som spise-/fordøyelsesproblem, f.eks.: tannproblemer, tygge/svelgeproblem, munntørrehet/munnsårhet, kvalme/ oppkast, forstoppelse/diaré ødem, stråleskade, allergi/intoleranse osv.

Hovedscreening- vurdering av risikograd

| Score | Ernæringstilstand | Score | Sykdommens alvorlighetsgrad |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | Normal ernæringstilstand | 0 | Ikke syk |
| 1 | Vekttap > 5% siste 3 måneder eller Matinntak 50-75% av behov siste uke | 1 | En pasient med kronisk sykdom eller en pasient som har gjennomgått et mindre kirurgisk inngrep. Studier er gjort på pasienter med levercirrose, nyresvikt, kronisk lungesykdom, kreftpasienter, pasienter med collum femoris fraktur, etter cholecystectomi og laparoskopiske operasjoner. |
| 2 | Vekttap > 5% siste 2 måneder eller BMI 18.5-20.5 + redusert allmenntilstand eller Matinntak 25-50% av behov siste uke | 2 | En pasient med tydelig redusert allmenntilstand pga sin sykdom. Studier er gjort på pasienter med alvorlig pneumoni, i inflammatorisk tarmsykdom med feber, akutt nyresvikt, større kirurgiske inngrep som kolektomi og gastrektomi, ileus, anastomoselekkasje og gjentatte operasjoner. |
| 3 | Vekttap > 5% siste måned (>15% siste 3 måneder) eller BMI < 18.5 + redusert allmenntilstand eller Matinntak 0-25% av behov siste uke | 3 | En pasient som er alvorlig syk. Studier er gjort på pasienter med store apopleksier, alvorlig sepsis, intensivpasienter (APACHE>10), benmargstransplantasjoner, store hodeskader, brannskader > 40% og alvorlig akutt pancreatitt. |

Forklaring til hovedscreening

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ernæringsmessig risiko vurderes på bakgrunn av ernæringstilstand og sykdommens alvorlighetsgrad ved hjelp av tabellen over på følgende måte: |
| <ul style="list-style-type: none"> Pasienten scores fra 0-3 for ernæringstilstand. Pasienten scores fra 0-3 for sykdommens alvorlighetsgrad. |
| <ul style="list-style-type: none"> For pasienter eldre enn 70 år legges det til 1 score. |
| <ul style="list-style-type: none"> Dersom summen av scorene blir ≥ 3, er pasienten i ernæringsmessig risiko og målrettet ernæringsbehandling må iverksettes. |
| <ul style="list-style-type: none"> Dersom summen av scorene blir < 3, er pasienten ikke i ernæringsmessig risiko. Screeningen gjentas etter en uke. |

Intervjuguide

Forskningsspørsmål: Fremskaffe kunnskap om hvordan avdelingsledere og evt. andre som jobber med ernæring i sykehus opplever innføringen av et kartleggingsverktøy for screening av underernæring, erfaringer knyttet til implementeringen og hva som har virket hemmende og hva som har virket fremmende for å få dette til.

Bakgrunn:

- Hvilken bakgrunn har du og hva er dine erfaringer med ernæringsarbeid?
- Beskriv hvilke samarbeidspartnere du har i ernæringsarbeidet på sykehuset

Rutiner (Implementeringen):

- Beskriv hvordan implementeringen av screeningverktøyet foregikk på din avdeling
- Hvordan har du opplevd selve implementeringen av screeningverktøyet?
- Hvilke faktorer synes du evt. har hemmet innføringen?
- Hvilke faktorer synes du har fremmet innføringen?
- I de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring til Helsedirektoratet (2009) står det at "Ledelsesforankring og tydelig ansvarsfordeling er vist å være en viktig forutsetning for at ernæringsbehandlingen skal bli en integrert del av behandlingstilbudet". Stemmer dette med dine erfaringer?
- Hvordan opplever du at innføringen av nye rutiner (generelt) fungerer når de er styrt ovenfra versus styrt nedenfra?
- Mener du det vil være en fordel å innføre ernæringsscreening på alle avdelingene på sykehuset samtidig eller tror du det vil være bedre å gå stegvis frem (ved for eksempel å sjekke ut hvilke avdelinger som er motivert for dette og starte der og siden "bygge stein på stein")

Ansvarsfordeling:

- Hvordan gjøres ernæringsarbeidet på din avdeling/ seksjon i dag?
 - Hvem har det overordnede ansvaret?
 - Finnes det retningslinjer for hvordan ernæringsarbeidet skal gjøres?
 - Hvilke pasienter prioriteres i ernæringsarbeidet?
 - Hvordan plukker dere ut de pasientene som prioriteres (finnes det en prioriteringsliste)?
 - Synes du at det er de pasientene som trenger det mest som får ernæringsbehandling? (Hva er prosedyren for henvisning til klinisk ernæringsfysiolog?)

Redskap i ernæringsarbeidet:

- Hvordan samles data om pasientenes ernærings situasjon inkludert data som vekt og høyde i din avdeling?
- Har du forslag til hvordan dette kunne gjøres enklere/ mer effektivt? (Her vil det være naturlig å komme inn på spørsmål om DIPS hvis informanten ikke selv bringer det på bane).

Ressurser:

- Hvordan vil du evaluere behov for (ekstra) ressurser for å kunne implementere ernærings screeningen i eksisterende rutine på din avdeling når det gjelder:
 - personell
 - utstyr
 - opplæring
- Hvis det er behov for å øke kunnskapsnivået til de ansatte i din avdeling når det gjelder ernæring – hvordan ser du for deg at dette best kunne gjøres?

Nettverk/ relasjoner:

- Hvilken betydning har relasjoner mellom ulike helsepersonell-grupper og mellom helsepersonell/ ledelsen når det gjelder innføringen av nye rutiner?
- Hva virker hemmende og hva virker fremmende i denne sammenheng?

Samhandling:

- I hvilken grad synes du pasienten selv har påvirkning på den ernæringsbehandlingen som gis i din avdeling?
- Hvordan opplever du koordineringen og samarbeidet i ernæringsarbeidet mellom ulike personalgrupper i din avdeling?
- Hvordan synes du interessen og oppbakkingen fra ledelsen på sykehuset er i ernærings spørsmål?

Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Jan Frich
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 26.04.2010

Vår ref: 24033 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.03.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24033 | <i>Prove ut implementering av screeningverktøyet NRS 2002 på én sengepost og én poliklinikk i Helse Stavanger</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i> |
| Daglig ansvarlig | <i>Jan Frich</i> |
| Student | <i>Hanne Jessie Juul</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

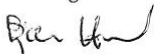
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Hanne Jessie Juul, Granittveien 14, 4027 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

24033

Prosjektet omfatter intervju med 5-6 avdelingsledere/evt. andre som arbeider med ernæring i sykehus. Prosjektleder rekrutterer utvalget og oppretter førstegangskontakten. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakt.

Det gis skriftlig informasjon og samtykke for deltakelse er ensbetydende med aktiv deltakelse. Personvernombudet finner skrevet tilfredsstillende.

Intervjuene tas opp på lydbånd og behandles elektronisk. Innsamlete opplysninger registreres på privat pc tilknyttet Internett. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Oslo sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlete opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest ved utgangen av 2013. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbånd makuleres.

Informasjonsskriv til informanter

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg er masterstudent i helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tittelen på oppgaven er: "Prøve ut implementering av screeningverktøyet NRS 2002 på én sengepost og én poliklinikk i Helse Stavanger". Jeg er interessert i å fremskaffe kunnskap om hvordan avdelingsledere og evt. andre som jobber med ernæring i sykehus opplever innføringen av et kartleggingsverktøy for screening av underernæring.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju totalt 5 - 6 personer i Helse Stavanger og Helse Bergen. Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer knyttet til implementeringen og hva som har virket hemmende og hva som har virket fremmende for å få dette til. Jeg vil bruke min egen bærbare PC med det digitale opptaksprogrammet Audacity og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen av 2013.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, ber jeg deg underskrive samtykkeerklæringen (se under) og gi eller sende den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 918 51 809, eller sende en e-post til hannejj@student.matnat.uio.no. Du kan også kontakte min veileder Jan Frich ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo på telefonnummer 480 57 813 eller e-post j.c.d.frich@medisin.uio.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD).

Vennlig hilsen

Hanne J. Juul
Granittveien 14

4027 Stavanger

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av implementering av screeningverktøyet og ønsker å stille til intervju.

Signatur

Telefonnummer